

## SURAT PELEPASAN INFORMASI MEDIS

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : \_\_\_\_\_  
 No. KTP/SIM/PASSPORT : \_\_\_\_\_  
 Alamat : \_\_\_\_\_  
 No. Telp. : \_\_\_\_\_

Selaku Pasien / Orang tua Pasien / Wali \*) ( hubungan dengan pasien ..... ) dari :

Nama : \_\_\_\_\_  
 No. Rekam Medis : \_\_\_\_\_  
 No. KTP/SIM/PASSPORT : \_\_\_\_\_  
 Alamat : \_\_\_\_\_  
 No. Telp. : \_\_\_\_\_

Dengan ini memberi kuasa kepada RS. Mitra Keluarga ..... untuk melepaskan informasi medis saya/ pasien tersebut diatas berupa :

- Resume Medis RI / RJ \*) tanggal \_\_\_\_\_
- Hasil Pemeriksaan Penunjang \_\_\_\_\_
- Pengisian formulir asuransi ( sebutkan) \_\_\_\_\_ Tgl. berobat \_\_\_\_\_
- Visum et Repertum RI / RJ tanggal \_\_\_\_\_
- Lain-lain (sebutkan) \_\_\_\_\_

Untuk keperluan :

- Konsultasi ke dr/RS lain (sebutkan) \_\_\_\_\_
- Klaim Perusahaan / Asuransi (sebutkan) \_\_\_\_\_
- Keperluan Hukum
- Lain-lain (sebutkan) \_\_\_\_\_

Atas segala hal yang terjadi dikemudian hari atau adanya tuntutan hukum sehubungan dengan pelepasan informasi medis ini, maka saya akan bertanggung jawab penuh dan membebaskan RS. Mitra Keluarga ..... terhadap tuntutan hukum dari pihak manapun.

.....  
 Pemohon

Petugas Rekam Medis

.....  
 Tanda Tangan dan Nama Jelas

.....  
 Tanda Tangan dan Nama Jelas

Ket. : \*) = Coret yang tidak perlu

Cat. :

1. Pasien/orang tua/wali wajib menyerahkan FC KTP untuk dilampirkan dengan formulir ini.
2. Surat pelepasan informasi medis ini diisi oleh pasien/orang tua/wali yang bersangkutan, jika diwakilkan harus ada surat kuasa dari pasien/orang tua/wali yang bersangkutan.
3. Pasien usia <18 th dapat di wakilkkan oleh orang tua.