

## PERSETUJUAN PELEPASAN INFORMASI MEDIS

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : \_\_\_\_\_

Usia : \_\_\_\_\_ Tahun

Jenis Kelamin: :  Laki-laki  Perempuan

Alamat : \_\_\_\_\_

Memberikan persetujuan kepada Rumah Sakit Grha Kedoya untuk memberikan :

Fotokopi : \_\_\_\_\_

Yang diperlukan untuk : \_\_\_\_\_

terhadap diri saya / Suami / Istri / Ayah / Ibu / Anak / Kakak / Adik saya \* dengan identitas di bawah ini :

Nama : \_\_\_\_\_

Usia : \_\_\_\_\_ Tahun

Jenis Kelamin :  Laki-laki  Perempuan

Alamat : \_\_\_\_\_

No. Rekam Medis : **9000** - - -

Jakarta \_\_\_\_\_ Pukul \_\_\_\_\_

Pasien / Yang Mewakili

Dokter yang Merawat

( \_\_\_\_\_ )  
Nama & Tanda Tangan

( \_\_\_\_\_ )  
Nama & Tanda Tangan

### BUKTI PENERIMAAN INFORMASI MEDIS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini

Nama : \_\_\_\_\_

Alamat : \_\_\_\_\_

Menerima dari Rumah Sakit Grha Kedoya informasi medis dari pasien yang tersebut diatas.

Jakarta \_\_\_\_\_ Pukul \_\_\_\_\_

Yang Menerima

Petugas RM, Yang Memberi

( \_\_\_\_\_ )  
Nama & Tanda Tangan

( \_\_\_\_\_ )  
Nama & Tanda Tangan

## SURAT PERMOHONAN

Kepada Yth,  
Direktur RS. Grha Kedoya  
Di Tempat

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : \_\_\_\_\_  
Usia : \_\_\_\_\_ Tahun  
Jenis Kelamin : \_\_\_\_\_  
Alamat : \_\_\_\_\_  
Hubungan dengan pasien : \_\_\_\_\_

Memohon Kepada RS. Grha Kedoya untum memberikan informasi medis, yaitu :

Resume Medis Rawat Jalan , Tanggal Berobat : \_\_\_\_\_  
Resume Medis Rawat Inap, Tanggal dirawat : \_\_\_\_\_  
Surat Keterangan \_\_\_\_\_  
Hasil Penunjang, Tanggal : \_\_\_\_\_  
Lainnya : \_\_\_\_\_

Yang diperlukan untuk : \_\_\_\_\_

Dengan identitas pasien :

Nama : \_\_\_\_\_  
Usia : \_\_\_\_\_ Tahun  
Jenis Kelamin : \_\_\_\_\_  
Alamat : \_\_\_\_\_

No. Rekam Medis : 9000 - - -

Adapun syarat-syarat permohonan saya terlampir :

1. Fotokopi KTP pasien / Kartu Keluarga pasien
2. Surat Persetujuan Pelepasan Informasi Medis yang ditanda tangani oleh pasien
3. Surat Kuasa pasien untuk pengambilan data medis yang di TTD diatas materai
4. Fotokopi KTP yang mewakili

Demikian surat permohonan ini saya buat, atas kerjasamanya saya ucapkan terima kasih.

Jakarta, \_\_\_\_\_  
Pemohon

( \_\_\_\_\_ )  
Nama Jelas & Tanda Tangan

# SURAT KUASA

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap :

No. KTP :

Alamat :

Selanjutnya disebut sebagai **PIHAK PERTAMA**, menyerahkan kuasa kepada :

Nama Lengkap : PT Asuransi Allianz Life Indonesia / .....(nama pegawai allianz)

No. KTP :

Alamat :

Dan selanjutnya disebut sebagai **PIHAK KEDUA** untuk mengambil informasi medis saya dan menandatangani surat-surat yang berhubungan dengan pengambilan informasi medis tersebut.

Setiap resiko yang muncul akibat adanya surat kuasa ini secara penuh adalah tanggung jawab saya. Demikian surat kuasa ini saya buat dengan yang sesungguhnya-sungguhnya agar dipakai sebagaimana seharusnya.

Penerima Kuasa

Jakarta, \_\_\_\_\_

Pemberi Kuasa

Materai

Rp. 10.000,-

(\_\_\_\_\_)

(\_\_\_\_\_)