

## SURAT IZIN PELEPASAN INFORMASI MEDIK

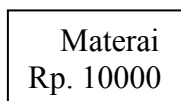
Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : \_\_\_\_\_ L / P , Umur : Thn  
No KTP : \_\_\_\_\_ ( FC KTP terlampir )  
Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_  
Alamat : \_\_\_\_\_  
Hubungan Dengan Pasien :  Diri Sendiri  Orangtua  Suami / Istri  
 Anak  Lainnya : \_\_\_\_\_  
Nama Pasien : \_\_\_\_\_ L / P , Umur : Thn  
Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_

Dengan ini, saya memberi izin penuh kepada dokter yang merawat di Santosa Hospital Bandung Kopo untuk memberikan informasi medik mengenai diri saya/ pasien tersebut diatas, sesuai dengan kebijakan yang berlaku di lingkungan Santosa Hospital Bandung Kopo . Sehubungan dengan urusan tersebut diatas, saya membebaskan pihak Santosa Hospital Bandung Kopo dari segala tuntutan atau konsekwensi hukum dari saya dan pihak ke 3 yang mungkin akan timbul sebagai akibat dari pelepasan informasi medik pasien tersebut.

Bandung, \_\_\_\_\_, 20

Pemberi Izin



( )

Nama & tandatangan