



SURAT KUASA PELEPASAN INFORMASI MEDIS

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : _____
 Alamat : _____

 Nomor KTP : _____

selaku :

Pasien / Penanggung Jawab Pasien* : _____
 Nomor Pasien : _____
 Tanggal rawat : _____
 (selanjutnya disebut **Pemberi Kuasa**), dengan ini memberi kuasa kepada :

Siloam Hospitals, beralamat di Jl. MH. Thamrin Kav. 105, Lippo Cikarang, Bekasi 17550
 (selanjutnya disebut **Penerima Kuasa**) :

----- KHUSUS -----

untuk memberikan informasi medis mengenai **diri saya / pasien tersebut diatas***, baik secara lisan maupun tertulis, sesuai dengan kebijakan yang berlaku di lingkungan Siloam Hospitals kepada :

Nama **Perorangan / Perusahaan *** : _____
 Alamat : _____

 No. KTP (perorangan) : _____

Sehubungan dengan urusan tersebut diatas, maka dengan ini **Pemberi Kuasa** membebaskan **Penerima Kuasa** dari segala tuntutan atau konsekuensi hukum dari pihak ke tiga, yang mungkin timbul sebagai akibat pelepasan informasi medis pasien tersebut.

Lippo Cikarang, _____

Pemberi Kuasa,

(_____)
 Nama & Tanda tangan



Ijin Pelepasan Data Medis / Authorization to Release of Medical Records

Yang bertandatangan di bawah ini saya : / *The Undersigned below:*

Nama / Name :

Keterangan / Note : Pasien sendiri / Orang tua / Wali / Patient / Parents / Guardian

Dengan ini memohon Siloam Hospitals Cikarang untuk memberikan data medis (salinan) dari pasien :
Hereby request Siloam Hospitals Cikarang to release medical record data (copy) of :

Nama / Patient Name :

No. MR / MR Number :

Data medis yang diberikan / *This request and authorization applies to :*

Periode perawatan / hospitalization date.....hingga /through.....

Semua informasi / all health care information

Lain – lain /others:.....

Data medis tersebut diberikan kepada : *The medical record data will be given to:*

PT Asuransi Allianz Life Indonesia

Dokumen tersebut di atas akan digunakan untuk keperluan : *The document will be purposed to :*

Klaim Asuransi

Yang bertandatangan dibawah ini menjamin bahwa data medis ini akan digunakan sebagaimana dinyatakan dalam permohonan ini dan melepaskan Siloam Hospitals Cikarang dari segala tuntutan hukum yang ditimbulkan dengan adanya pelepasan informasi medis pasien

The undersigned guarantees that the medical data will be used as stated in this application and release Siloam Hospitals Cikarang of any lawsuits caused by the release of patient medical information.

Tanggal / date :