

SURAT PELEPASAN INFORMASI MEDIK

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
No. KTP / SIM / Paspor :
Alamat :
.....

Selaku pasien / Orangtua Pasien / Wali dari :

Nama Pasien :
Umur :
Jenis Kelamin :
Alamat :
No Rekam Medis :

Dengan ini mohon kepada Dr.
untuk memberikan resume medis atas nama pasien tersebut.

Bila mana dikemudian hari terjadi sesuatu hal yang berkaitan dengan pelepasan informasi medik ini, saya, keluarga (keluarga pasien), atau pihak lain yang saya tunjuk ataupun pasien tersebut di atas tidak akan melakukan tuntutan hukum dalam bentuk apapun kepada dokter dan atau RS ANTAM Medika di kemudian hari.

Demikian pernyataan ini saya buat dalam keadaan sehat jasmani dan rohani, tanpa paksaan atau tekanan dari siapapun.

Jakarta,20....

Saya yang memberi izin,

(.....)

Tanda Tangan dan Nama Jelas