



No. Exp. (exp. number):

Yang bertandatangan di bawah ini (*The Undersigned*),

Nama lengkap (*Full name*) :
 No. KTP/SIM (*ID number*) :
 Umur (*age*) : Jenis kelamin (*sex*) :
 Pekerjaan (*occupation*) :
 No. Telp/HP (*Phone Number*) :
 Alamat (*address*) :

Sebagai : Diri sendiri/ Suami/ Istri/ Anak/ Orang tua *
Representing *Myself/ Husband/ Wife/ Child/ Parent **

Nama Lengkap Pasien
 (*Patient Full Name*) :
 No. KTP/SIM (*ID number*) :
 Umur (*age*) : Jenis kelamin (*sex*) :
 Pekerjaan (*occupation*) :
 Alamat (*address*) :

No. Register : No. Rekam Medis :
 (*Registration number*) (*Medical Record number*)

Dirawat: RAWAT INAP / RAWAT JALAN * di RS Panti Rapih Yogyakarta,
*Who had been hospitalized in Panti Rapih Hospital INPATIENT / OUTPATIENT**

Dari tanggal (*from*):..... s.d. (*until*)

memberi **KUASA** kepada dokter Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta untuk memberikan keterangan tertulis mengenai segala sesuatu tentang rahasia kesehatan/ penyakit pasien tersebut di atas kepada pihak ketiga (termasuk memberikan fotokopi hasil pemeriksaan).

has authorized the physician of Panti Rapih Hospital to provide written information status on health/ illness confidentially of the patient to the third party (including providing copies of examination findings).

Untuk keperluan (*for requirement of*) **

1. Asuransi (*insurance*) :
2. SKM /Resume Medis, untuk keperluan (*Medical Resume, for*) :
3. Lain-lain, sebutkan (*others, specify*) :

Catatan (*notes*):

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya dalam keadaan sadar dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

I conclude this statement truthfully and honestly without any pressure from others.

Yogyakarta,
 Pembuat pernyataan (*statement declarer*),

* coret yang tidak perlu (*choose the right one*)

** pilih salah satu, dan isi (*choose the right one, and fill the blank*)

(.....)