

SURAT IJIN MEMBERIKAN KETERANGAN MEDIS/PELEPASAN INFORMASI MEDIS
PERMISSION LETTER OF MEDICAL INFORMATION/RELEASE OF MEDICAL INFORMATION

Yang bertanda tangan di bawah ini :
(The Undersigned)

Nama :
(Name)
Alamat :
(Address)
No HP/Telp) :
(Mobile number)

Adalah sebagai (hubungan dengan pasien sebagai) :
(Relationships with patients)

Memberikan Hak / Kuasa sepenuhnya kepada Dokter yang merawat / Rumah Sakit untuk memberikan keterangan medis dan segala informasi / riwayat penyakit berupa pemeriksaan / tindakan medik / diagnosa / pengobatan yang dilakukan oleh RS Telogorejo kepada pasien:
(Give rights and authority entirely to the treating doctor / hospital to provide medical information and any information / history of the disease in the form of examination / medical action / diagnosis / treatment performed by RS Telogorejo to patients)

Nama :
(Name)
Umur :
(Age)
Alamat :
(Address)

Tanggal dirawat : Rawat Inap (Inpatient) No RM :
(Date hospitalized) Rawat Jalan (Outpatient) (Medical Record No)

Dokter : Ruang :
(Doctor) (Treatment room)

Dengan tujuan* :
(With the intention of)

- a. Untuk kepentingan keselamatan / kesehatan pasien
(For the sake of safety / health of the patient)
- b. Memenuhi permintaan aparaturnya penegak hukum dalam rangka penegakan hukum atas perintah pengadilan
(Meet the demands of law enforcement officials in order to enforce a court order)
- c. Permintaan dan atau persetujuan pasien sendiri
(Request or consent of the patient's own)
- d. Permintaan institusi / lembaga berdasarkan ketentuan perundang-undangan
(Demand institutions / agencies under the provisions of law)
- e. Kepentingan penelitian, pendidikan dan audit medis sepanjang tidak menyebut identitas pasien
(The interests of research, education and medical audit did not identify all patients)

Permintaan : Resume medis (Medical Resume) Keperluan (Utilities) :
(Demand) Asuransi/reimbursement (Insurance reimbursement)
No Polis (Policy no) :

Persyaratan : Fotocopy KTP Pasien Fotocopy Kartu Keluarga/Akta Kelahiran/Akta Nikah
(Requirement) (Copy ID card patients) (Copy Family card/Birth Certificate/Marriage Certificate)
 Fotocopy KTP Pemohon
(Copy ID card applicants)

Segala keterangan/informasi medis yang berkaitan dengan pasien tersebut diatas adalah tanggung jawab pemohon (pemberi hak) dan bila terjadi kebocoran informasi rekam medis yang berkaitan dengan pasien adalah di luar tanggung jawab rumah sakit
(Any information / medical information related to the patient mentioned above are the responsibility of the applicant (giver of rights) and if there is leakage of medical record information relating to the patient is beyond the responsibility of the hospital)

Mengetahui
RS. Telogorejo

Semarang,

Yang memberikan hak,

*) Lingkasi yang perlu

(.....)

(.....)