



**PERSETUJUAN
PELEPASAN INFORMASI MEDIS / KESEHATAN / PENYAKIT
KEPADA PIHAK KETIGA**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : L / P Tgl lahir/Umur :

Alamat :

No. KTP / KSK / SIM / Identitas lain :

Dalam hal ini bertindak untuk dan atas nama diri saya pribadi / suami / istri / anak / orang tua *) dari pasien :

Nama : L / P Tgl lahir/Umur :

Alamat :

Kamar : No. R.M. :

Jangan ini memberikan persetujuan dan kuasa kepada dokter Rumah Sakit Adi Husada Undaan Wetan Surabaya (RSAH UW) yang telah merawat, untuk memberikan keterangan tertulis mengenai segala sesuatu tentang rahasia kesehatan/penyakit

selama di rawat di RSAH UW Surabaya untuk keperluan, kepada

Saya akan bertanggung jawab sepenuhnya atas akibat dibukanya rahasia tersebut dan saya menyatakan tidak akan menuntut kepada dokter RSAH UW Surabaya di kemudian hari. Demikian surat ini, saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa ada unsur paksaan dari manapun.

Surabaya,

Yang membuat pernyataan

meterei 6000

Tanda tangan & nama terang

*) Lingkari yang perlu atau coret yang tidak perlu.