



PERSETUJUAN PEMBERITAHUAN DATA MEDIS KEPADA PIHAK KETIGA

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : _____ L / P Umur : _____
Alamat : _____
No. KTP/KSK/SIM/Identitas lain : _____

Dalam hal ini bertindak untuk dan atas nama diri saya sendiri */suami*/istri*/anak*/orang tua*
aya :

Nama : _____ L / P Umur : _____
Alamat : _____
Kamar : _____ No. R.M. : _____

ngan ini saya menyatakan tidak keberatan bila hal ihwal tentang penyakit _____
_____ selama dirawat di Rumah Sakit Adi Husada
Undaan Wetan Surabaya diberitahukan kepada Asuransi / Perusahaan _____

Demikian surat persetujuan ini saya buat dengan sadar dan penuh rasa tanggung jawab, tanpa ada paksaan dari manapun juga.

Surabaya, _____

Yang membuat pernyataan,

Meteuai 6000

Tanda tangan dan nama terang

* Coret yang tidak perlu.