



## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama lengkap : .....

Tempat, Tgl Lahir : .....

No .KTP/SIM/Parpor : .....

Alamat : .....

Telepon : .....

Dengan ini menyatakan sesungguhnya telah **MEMBERI PERSETUJUAN KEPADA DOKTER / RUMAH SAKIT HUSADA** Untuk memberikan data kesehatan dan tindakan medis diri saya / suami / istri / anak / orang tua .....

Selama dirawat / Berobat di Rumah Sakit Husada pada tanggal : .....

Nama Lengkap Pasien : .....

Tempat, Tgl lahir : .....

Alamat Pasien : .....

Kepada : .....

Nama perusahaan / Asuransi : .....

Alamat perusahaan : .....

Dengan ini menyatakan tidak akan melakukan tuntutan pada dokter / Rumah Sakit Husada Atas pemberian informasi medis atau kesehatan pasien tersebut di atas.

Jakarta, .....  
Yang membuat pernyataan

Materai Rp.6000,-

( ..... )  
Tanda tangan dan nama lengkap

Catatan :

- 1-Lampirkan foto copy KTP
- 2-Coret yang tidak perlu.