



Certificate Number : 30060

No. Form : FR/02.1/02
No. Rev. : 00

RUMAH SAKIT "JIH"

Jalan Ring Road Utara No. 160
Condong Catur Depok Sleman Yogyakarta 55283
Telp. 0274-446 3535 (Hunting) Fax. 0274-4463 444
0274-315 3535, 315 5501
E-mail: info@rs-jih.co.id



SURAT PERSETUJUAN PEMBERIAN INFORMASI MEDIS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : P/L *)
Umur : tahun
Alamat :
No. Telp. :

Selaku Pasien / Orang Tua / Suami / Istri / Anak / Saudara *) atas Pasien **Rumah Sakit "JIH"**

Nama : P/L *)
No. RM :

--	--	--	--	--	--

Umur : tahun
Alamat :
Dirawat oleh dokter :
Poliklinik / Bangsal :
Tanggal : s/d.....

Memberi kuasa kepada pihak ketiga (diisi hanya untuk pasien yang diwakili pihak ketiga) :

Nama : P/L *)
Umur : tahun
Alamat :
Hub. dengan Pasien :
Perusahaan/Asuransi :

Menyatakan SETUJU dan memberi ljin kepada **Rumah Sakit "JIH"** atas pemberian data medis Pasien untuk keperluan :

.....

Demikian permohonan Surat Keterangan Medis dan Kuasa saya buat, dan apabila dikemudian hari ternyata isi keterangan yang saya buat tidak benar, saya bersedia dituntut sesuai dengan peraturan dan Undang-undang yang berlaku.

*) Lingkari salah satu

Catatan :

1. Surat permohonan dari pasien dilampiri fotocopy identitas.
2. Surat permohonan dari keluarga
 - Dari orang tua atau anak melampirkan fotocopy akta kelahiran.
 - Dari suami atau istri melampirkan fotocopy akta nikah.

Yogyakarta,

Pasien / Penanggungjawab

(.....)