



## SURAT PELEPASAN INFORMASI MEDIK

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama : .....

No. KTP / SIM / Paspor : .....

Alamat : .....

Dengan ini memohon kepada Dr.....

untuk memberikan informasi medik secara tertulis ats nama pasien tersebut.

Bilamana dikemudian hari terjadi sesuatu hal yang berkaitan dengan pelepasan informasi medik ini, saya, keluarga (keluarga pasien), atau pihak lain yang saya tunjuk, atau pasien tersebut di atas tidak akan melakukan tuntutan hukum dalam bentuk apapun kepada dokter dan atau RS Dr. Suyoto di kemudian hari.

Demikianlah pernyataan ini saya buat dalam keadaan sehat jasmani dan rohani tanpa paksaan atau tekanan dari siapapun.

**Persyaratan saat pengambilan harus membawa :**

1. Foto copy KTP Pasien
2. Foto copy KTP Pengambil
3. surat kuasa yang dibuat oleh pasien bermeterai Rp. 6000,-

Jakarta ,

Pemohon,

(.....)

Tanda Tangan dan Nama jelas

Jl. RC Veteran No.178,Bintaro Jakarta Selatan Telp. (021) 73884000, (021) 7342012 ext.  
Fax. (021) 7342581