



PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN BARAT
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN**

Jalan Sutan Syahrir 17 Pangkalan Bun - 74112



RM.33.P

PERMOHONAN IZIN PULANG SEMENTARA (CUTI RAWAT)

Saya yang bertanggung jawab terhadap Diri saya sendiri*/Istri*/Suami*/Anak*/ Orang Tua Saya*, meminta kepada pihak Rumah Sakit Sultan Imanuddin Pangkalan Bun untuk mengijinkan kepada:

Nama :
No. Rekam Medik :
Tempat/Tanggal Lahir : Jenis Kelamin*: L/P
Diagnosa Medis :
Ruangan Perawatan :

Untuk izin pulang sementara (cuti perawatan) karena kepentingan**

Dalam waktu hari (..... s/d) Pukul WIB.

Dengan ini saya menyatakan bahwa selama berada di luar Rumah Sakit Sultan Imanuddin Pangkalan Bun, Saya bertanggung jawab secara penuh terhadap pasien atas segala akibat yang mungkin timbul. Saya yang membuat pernyataan :

Nama :
Alamat Rumah :
Telepon :
No. Kartu Identitas : (KTP/SIM)*
Hubungan dengan pasien :

Selama berada di luar Rumah Sakit Sultan Imanuddin Pangkalan Bun pasien beralamat di:

Nomor telepon yang bisa dihubungi :
.....

Pangkalan Bun, Jam WIB

Saksi – saksi

Perawat/Bidan

DPJP

Yang memberikan
Pernyataan

/ (.....)
Tandatangan dan nama jelas

(.....)
Tandatangan dan nama jelas

(.....)
Tandatangan dan nama jelas

Saksi dari pihak pasien,

(.....)
Tandatangan dan nama jelas

*Lingkari sesuai pilihan
** wajib diisi

REV.00/2017