



RM.08.P

PERNYATAAN MEMBUKA RAHASIA KEDOKTERAN
(PELEPASAN INFORMASI)

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama :
No. Rekam Medis :
Tanggal Lahir :
Tanggal Masuk Rumah Sakit :
Dokter Penanggung Jawab :

Menyatakan bahwa sesuai Kewajiban Simpan Rahasia Kedokteran dan mengacu pada peraturan perundang-undangan **Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269 / Menkes / PER / III / 2008**, saya menyetujui memberikan penjelasan yang terkait kondisi kesehatan saya kepada :

- a. Nama :
No. KTP :
Telepon :
Hubungan dengan Pasien :
Alamat :
- b. Nama :
No. KTP :
Telepon :
Hubungan dengan Pasien :
Alamat :

Demikian pernyataan ini dibuat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan.

Pangkalan Bun,Jam.....WIB
Yang membuat pernyataan,

(.....)
Tanda tangan & Nama Jelas



RM.08.P

PERNYATAAN MEMBUKA RAHASIA KEDOKTERAN
(PELEPASAN INFORMASI)

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama :
No. Rekam Medis :
Tanggal Lahir :
Tanggal Masuk Rumah Sakit :
Dokter Penanggung Jawab :

Menyatakan bahwa sesuai Kewajiban Simpan Rahasia Kedokteran dan mengacu pada peraturan perundang-undangan **Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269 / Menkes / PER / III / 2008**, saya menyetujui memberikan penjelasan yang terkait kondisi kesehatan saya kepada :

- a. Nama :
No. KTP :
Telepon :
Hubungan dengan Pasien :
Alamat :
- b. Nama :
No. KTP :
Telepon :
Hubungan dengan Pasien :
Alamat :

Demikian pernyataan ini dibuat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan.

Pangkalan Bun,Jam.....WIB
Yang membuat pernyataan,

(.....)
Tanda tangan & Nama Jelas

