



PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN TIMUR

RSUD dr. MURJANI SAMPIT

Jl.HM.Arsyad No.65 Sampit Telp (0531) 21010Fax (0531) 21782

e-mail: rsdmsampit@yahoo.com

---

**FORMULIR PENUNJUKAN KEWENANGAN  
PENERIMA INFORMASI KONDISI PASIEN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : ..... L/P  
Tanggal lahir : .....  
Tanggal Masuk RS : .....  
Dokter Penanggungjawab : .....  
No. Rekam Medis : .....

Menyatakan bahwa sesuai Kewajiban Simpan Rahasia Kedokteran dan mengacu pada **Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 36/MENKES/PER/III/2008**, maka saya menunjuk yang tersebut di bawah ini untuk dapat diberitahukan tentang kondisi kesehatan saya :

- a. Nama : .....  
Telepon : .....  
Hubungan dengan pasien : .....
- b. Nama : .....  
Telepon : .....  
Hubungan dengan pasien : .....

Demikian pernyataan ini dibuat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan.

Sampit, ..... pukul .....

Pembuat pernyataan,

( ..... )  
Nama jelas