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 :

1. Nama : ............................................................

Telepon : ............................................................

Hubungan dengan pasien : ............................................................

1. Nama : ...........................................................

Telepon : ...........................................................

Hubungan dengan pasien : ...........................................................

Demikian pernyataan ini dibuat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan.

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

Pembuat pernyataan,

( ........................................ )

Nama jelas