



KEMENTERIAN PERHUBUNGAN
BADAN PENGEMBANGAN SUMBER DAYA MANUSIA
SEKOLAH TINGGI ILMU PELAYARAN
KLINIK UTAMA STIP



Izin No. 03/B.6/31.72.04/-1.779.3/2017

Jl. Manunda Makmur, Cilincing, Jakarta Utara 14150 Indonesia
Email: kliniikutamastip@gmail.com, Telp : (62)81289821290(62) 21-88991618, Fax : (62)21-44834345

FORMULIR PERSETUJUAN PELEPASAN INFORMASI MEDIS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : (L/P)*
No. KTP/SIM :
Umur/Tgl Lahir :
Alamat :
Telp :
Hubungan Dengan Pasien :

Memberikan kuasa kepada _____ untuk memberikan informasi medis
(Nama Klinik)
atas nama :

Nama : (L/P)*
Umur/Tgl Lahir :
Jenis Kelamin :
Alamat :

Kepada yang berhak mengakses informasi tersebut berdasarkan kebijakan Klinik Utama STIP dan peraturan yang berlaku dalam bentuk :

- 1. Resume Kesehatan**
- 2. Fotocopy Tes Penunjang (LAB, AUDIOMETRI,EKG,RO)**
- 3. Lainnya***

Untuk keperluan :

- 1. Asuransi**
- 2. Sekolah**
- 3. Lainnya***

Jakarta,
Peserta Tes Kesehatan Catur

(Nama dan tanda tangan)