



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. Marunda Makmur, Cilincing, Jakarta Utara 14150 Indonesia

Email: klintutama.stip@gmail.com, Telp : (62)81289821280,(62) 21-88991618, Fax : (62)21-44834345

FORMULIR PERSETUJUAN PELEPASAN INFORMASIMEDIS

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 Catar

(Nama dan tanda tangan)