



No. Exp. (exp. number):

Yang bertandatangan di bawah ini (*The undersigned*) ,

Nama lengkap (*Full name*) :
No. KTP/SIM (*ID number*) :
Umur (*age*) : Jenis Kelamin (*sex*)
Pekerjaan (*occupation*) :
No. Telp/HP (*Phone number*) :
Alamat (*address*) :

Sebagai : Diri sendiri/ Suami/ Istri/ Anak/ Orang tua *
*Representing Myself/ Husband/ Wife/ Child/ Parent **

Nama Lengkap Pasien

(*Patient Full Name*) :
No. KTP/SIM (*ID number*) :
Umur (*age*) : Jenis Kelamin (*sex*)
Pekerjaan (*occupation*) :
Alamat (*address*) :

No. Register : No. Rekam Medis :
(*Registration number*) (*Medical Record number*)

Dirawat: RAWAT INAP / RAWAT JALAN * di RS Panti Rapih Yogyakarta,
*Who had been hospitalized in Panti Rapih Hospital (INPATIENT / OUTPATIENT) **

Dari tanggal (*from*) : s.d. (*until*)

memberi *KUASA* kepada dokter Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta untuk memberikan keterangan tertulis mengenai segala sesuatu tentang rahasia kesehatan/ penyakit pasien tersebut di atas kepada pihak ketiga (termasuk memberikan fotokopi hasil pemeriksaan).

has authorized the physician of Panti Rapih Hospital to provide written information status on health/ illness confidentially of the patient to the third party (including providing copies of examination findings).

Untuk keperluan (*for requirement of*) **

1. Asuransi (*insurance*) :
2. SKM /Resume Medis, untuk keperluan (*Medical Resume, for*) :
3. Lain-lain, sebutkan (*others, specify*) :

Catatan (*notes*):

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya dalam keadaan sadar dan tanpa paksaan dari pihak manapun. *I conclude this statement truthfully and honestly without any pressure from others.*

Yogyakarta,
Pembuat pernyataan (*statement declarer*),

* coret yang tidak perlu (*choose the right one*)

** pilih salah satu, dan isi (*choose the right one, and fill the blank*)

(.....)