**Penyataan Informasi Pasien**

**（医療情報開示承認書）**

Nama pasien 患者名:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tanggal lahir 生年月日:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rumah sakit 医療機関: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Dengan ini saya menyatakan bahwa bersedia memberikan informasi medis kepada rumah sakit yang akan dituju seperti tersebut diatas, untuk melakukan persiapan dalam rangka pengobatan, melalui:  **Medical Service Japan**  Kugahara 3-13-4, Ota, Tokyo, Japan  Tel: +81 3 6410 4155 Fax: +81 3 6410 4156  ​e-mail: info@medservicejapan.com |
| Surat wewenang informasi pasien ini diperlukan untuk:   * Melengkapi rekam medik dan informasi yang berhubungan dengan kondisi medis, pengobatan:   Kondisi medis :  Riwayat pengobatan :  Tanggal pengobatan:   * Kondisi medis awal / Riwayat medis sebelumnya * Pembayaran atas tindakan medis/ Aspek legal/ Asuransi * Lain-lain: |
| 1. Dengan ini, saya menyatakan setuju untuk memberikan keterangan kepada Rumah Sakit yang tersebut diatas, dokter dan MSJ (Medical Service Japan) untuk dicatat didalam rekam medis, bahwa saya bebas dari AIDS atau HIV, penggunaan obat-obatan terlarang dan alkohol, serta gangguan mental kejiwaan. 2. Apabila saya memberikan surat pernyataan pembatalan, maka surat pernyataan informasi pasien ini akan segera dibatalkan sesuai dengan tanggal surat pembatalan tersebut. Apabila tidak dibatalkan, maka pernyataan ini akan batal secara otomatis 1 bulan setelah tanggal surat penyataan informasi pasien ini ditandatangani. 3. Surat pernyataan ini bersifat sukarela tanpa paksaan, dan saya berhak untuk tidak menandatanganinya untuk kepentingan rumah sakit, dokter dan MSJ tidak akan bertanggung jawab terhadap kondisi pengobatan pasien, pembayaran, dan keuntungan/kerugian kecuali diatur oleh undang-undang. Saya juga menyadari bahwa saya akan merahasiakan copy data yang saya berikan. 4. Saya juga mengerti, bahwa saya boleh memberhentikan wewenang informasi pasien ini, kapan saja, dengan memberikan surat pembatalan kepada RS dan MSJ. 5. Saya mengerti bahwa semua arsip, baik berupa faksimili atau foto copy, atau dalam bentuk apapun adalah benar. |
| Tanda tangan Pasien/Pendamping:  被保険者/保護者の署名 Date: 署名日    Printed Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  被保険者/保護者の名前(英語･ブロック体)  Apabila ditandatangani oleh selain pasien, sebutkan hubungan dengan pasien: :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  被保険者以外の署名の場合、被保険者との関係(英語･ブロック体) |