

SURAT KUASA MEMBERIKAN INFORMASI MEDIS

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : _____
Usia : _____ Tahun
Jenis Kelamin: : Laki-laki Perempuan
Alamat : _____

Memberikan kuasa kepada Rumah Sakit Grha Kedoya untuk memberikan :

Ringkasan Penyakit Tgl : _____
 Hasil Penunjang : _____
 Pengisian asuransi : _____
 Lain-lain : _____

Yang diperlukan untuk : _____

terhadap diri saya / Suami / Istri / Ayah / Ibu / Anak / Kakak / Adik saya * dengan identitas di bawah ini :

Nama : _____
Usia : _____ Tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan
Alamat : _____

No. Rekam Medis : 9000 - - -

Jakarta _____ Pukul _____

Pasien / Yang Mewakili

Dokter yang Merawat

(_____)
Nama & Tanda Tangan(_____)
Nama & Tanda Tangan**BUKTI PENERIMAAN INFORMASI MEDIS**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini

Nama : _____
Alamat : _____

Menerima dari Rumah Sakit Grha Kedoya informasi medis dari pasien yang tersebut diatas.

Jakarta _____ Pukul _____

Yang Menerima

Petugas RM, Yang Memberi

(_____)
Nama & Tanda Tangan(_____)
Nama & Tanda Tangan