

**SURAT KUASA
PELEPASAN INFORMASI MEDIS**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Alamat :

No. KTP :

Selaku pasien/peanggung jawab pasien *) :

Nama Pasien :

Tanggal rawat :

Informasi yang di berikan:

Selanjutnya pihak diatas disebut Pemberi Kuasa, dengan ini memberikan kuasa kepada :

MAYAPADA HOSPITALS JAKARTA SELATAN selanjutnya disebut Penerima Kuasa.

----- **KHUSUS** -----

Untuk memberikan informasi medis mengenai diri saya/pasien tersebut diatas*), baik secara lisan maupun tertulis, sesuai dengan kebijakan yang berlaku di MAYAPADA HOSPITAL JAKARTA SELATAN kepada :

Nama Perorangan/Perusahaan :

Alamat :

No. KTP (Perorangan) :

Sehubungan dengan urusan tersebut diatas, maka dengan ini Pemberi Kuasa membebaskan Penerima Kuasa dari segala tuntutan hukum atau konsekuensi hukum dari pihak ketiga, yang mungkin timbul sebagai akibat pelepasan informasi medis pasien tersebut.

Jakarta,
Pemberi Kuasa

(.....)
Nama dan tanda tangan

*Lingkari dan coret yang lain

Note : Lampirkan fotokopi KTP / Paspor yang berlaku*Lingkari dan coret yang lain