



**RUMAH SAKIT CINTA KASIH TZU CHI**

Jl. Kamal Raya Outer Ring Road  
Cengkareng Timur, Jakarta Barat 11730  
Telp. : 021 - 55963680 (Hunting), 29405288  
Fax. : 021 - 55963681, IGD : 021 - 55963600

**SURAT KUASA  
PELEPASAN  
INFORMASI MEDIS**

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : .....  
Alamat : .....  
No. KTP : .....

Selaku :  
Pasien/Penanggung jawab pasien :  
No. RM :  
Tanggal Rawat Inap / Rajal :

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

Rumah Sakit Cinta Kasih Tzu Chi, beralamat di Jl. Kamal Raya Outer Ring Road, Cengkareng - Jakarta Barat ( Selanjutnya disebut **Penerima Kuasa** ). Untuk memberikan informasi medis mengenai diri saya/pasien tersebut diatas, baik secara lisan maupun tertulis, sesuai dengan kebijakan yang berlaku di lingkungan Rumah Sakit Cinta Kasih Tzu Chi kepada :

Nama Perorangan/Perusahaan :  
Alamat :  
No. KTP (Perorangan) :

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

Jakarta, ..... 20 .....  
Waktu ..... WIB  
Pemberi Kuasa,

( \_\_\_\_\_ )  
Nama dan Tanda Tangan