



Eye Hospitals and Clinics

**SURAT KUASA**

Saya yang telah bertanda tangan dibawah ini,

Nama :.....

NIK :.....

Tempat/tanggal lahir :.....

.....

Selanjutnya disebut **Pemberi Kuasa.**

Dengan ini memberi kuasa kepada :

Nama :.....

Instansi :.....

NIK :.....

No. Telepon/HP :.....

Selanjutnya disebut **Penerima Kuasa.**

Untuk memberikan izin pelepasan informasi medis pasien guna kepentingan Klaim Asuransi sebagai Pasien di Rumah Sakit Mata JEC@Menteng.

Surat kuasa ini dibuat secara sadar oleh Pemberi Kuasa dan tanpa paksaan dari Pihak manapun.

Surat kuasa ini berlaku efektif sejak ditandatangani sampai dengan 30 (tiga puluh) hari berikutnya.

Surat kuasa ini ditandatangani di..... pada Tanggal.... Bulan.....Tahun.....

**Penerima Kuasa,**

**Pemberi Kuasa,**

Materai 10.000

(.....)

(.....)



**RS Mata JEC @ Menteng**

Jl. Cik Ditiro No. 46, Menteng, Jakarta - 10310

T. +62-21 2922 1000, F. +62-21 2569 6060

Email : jec@jec.co.id, www.jec.co.id

YANG BERTANDA TANGAN DI BAWAH INI

**(Diisi Pemohon Saat Mengajukan)**

Nama :  
 Alamat :  
 KTP/SIM/ID Lainnya : (Fotocopy KTP dilampirkan)  
 Instansi\* :  
 Dengan surat kuasa terlampir\* / Pasien sendiri\*, menyatakan telah mendapatkan izin tertulis dari pasien ;  
 Nama Pasien :  
 No. Medical Record :

Untuk mendapatkan informasi medis, baik secara lisan maupun tertulis sesuai dengan kebijakan yang berlaku di RS Mata JEC@Menteng kepada Perorangan/Perusahaan/Asuransi\*):

Tanggal Rawat/ Kunjungan : s/d  
 Dokter yang merawat :  
 Deskripsi Permohonan :  
 .....  
 .....  
 .....

Untuk keperluan :  Asuransi/perusahaan  Sekolah  Lainnya ;.....

Sehubungan dengan urusan tersebut di atas, dengan ini membebaskan Pihak RS Mata JEC@Menteng dari segala tuntutan atau konsekuensi hukum yang mungkin timbul sebagai akibat pelepasan informasi medis pasien tersebut.

Jakarta,.....  
 Yang Menyatakan ,

(.....)

BUKTI PENYERAHAN PERMINTAAN INFORMASI MEDIS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini **(Diisi Pemohon Saat Mengambil)**

Nama :  
 Alamat :  
 No.KTP/SIM/ID Lainnya :  
 Instansi\* :  
 Hubungan dengan pasien : Pasien Sendiri / Suami / Istri / Ayah/ Ibu / Lainnya ;.....  
 Menerima dari RS Mata JEC@Menteng, surat keterangan medis/hasil pemeriksaan penunjang medis\*).

Jakarta,.....  
 Yang menyerahkan,  
 (Pihak RS Mata JEC@Menteng)

(Penerima Informasi)

(.....)

(.....)

\*Coret yang tidak perlu