

SURAT KUASA PEMBERIAN INFORMASI MEDIS
POWER OF ATTORNEY FOR MEDICAL INFORMATION

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:
The undersigned:

Nama
Name

Umur
Age tahun
years old

Alamat
Address

No Rekam Medis
Medical Record No.

KTP/SIM/Paspor No.
ID card

Telp/HP
Phone/Mobile

Dengan ini memberi kuasa kepada Rumah Sakit Metropolitan Medical Centre (RS MMC) untuk memberikan informasi medis mengenai diri saya kepada:

I hereby authorize Metropolitan Medical Centre (MMC hospital) to provide my health details or medical information to:

Nama Perorangan/Perusahaan *) :

*Person/Company Name *)*

Alamat
Address

KTP/SIM/Paspor No.
ID No

Telp/HP
Phone/Mobile

Seluruh keterangan yang tercantum dalam formulir ini ditulis dengan benar dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

All information in this form was written truthfully and I hereby agree this letter of Authority to be used promptly.

Jakarta, 20

(_____)
Nama Jelas dan tandatangan Pasien
Patient Name and Signature

*) Coret yang tidak perlu