

SURAT KUASA PELEPASAN INFORMASI MEDIS

YANG BERTANDA TANGAN DI BAWAH INI:

Nama :

Tanggal lahir :

Alamat :

Hubungan dengan pasien : Ayah/ Ibu/ Suami/Istri /Anak /.....

SAYA MEMBERI KUASA KEPADA

Nama :

Tanggal lahir :

Alamat :

Untuk meminta keterangan diri dan keadaan atau kesehatan saya selama dirawat di RS Permata Bunda Purwodadi, guna keperluan.....

.....

Surat Kuasa ini saya buat dengan sadar tanpa paksaan dari pihak manapun.

Purwodadi,

Pemberi Kuasa

Penerima Kuasa

Materai

TTD dan Nama Terang

TTD dan Nama Terang