



RS Premier
Jatinegara

Jl. Raya Jatinegara Timur No. 85-87
Jakarta 13310 – Indonesia
Call Centre : 1500-908
IGD & Ambulans Direct Line : 1500907
Business Support : 62-21 2800888 | Fax : 62-21 2800 755
Email : rspremier.jatinegara@ramsayhealth.co.id
Web : www.rs-premierjatinegara.com

SURAT KUASA PERMOHONAN INFORMASI MEDIS

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap : _____
Nomor KTP : _____
Alamat : _____

Dengan ini memberikan kuasa kepada :

Nama Lengkap : _____
Nomor KTP : _____
Alamat : _____
Nomor telepon : _____
Hubungan : _____

Untuk mendapatkan informasi medis dari Rumah Sakit Premier Jatinegara atas nama Saya Sendiri / Istri / Suami / Anak / Orangtua* yang bernama : _____ ** dengan nomor rekam medis _____ *** yang dipergunakan untuk keperluan _____

Untuk itu saya melepaskan kerahasiaan medis atas diri Saya Sendiri / Istri / Suami / Anak / Orangtua* sehingga apabila dikemudian hari kerahasiaan medis Saya Sendiri / Istri / Suami / Anak / Orangtua* diketahui oleh pihak lain, maka saya melepaskan segala tuntutan hukum apapun terhadap Rumah Sakit Premier Jatinegara termasuk tidak terbatas pada tuntutan perdata dan atau laporan pidana.

Demikian surat kuasa ini dibuat dalam keadaan sadar, sehat jasmani dan rohani, dan tanpa adanya paksaan dari pihak manapun.

Jakarta, ___ / ___ / _____

Penerima kuasa,

Pemberi kuasa,

Materai
Rp. 10.000,-

Nama Jelas

Nama Jelas

Catatan :

(*) **Coret yang tidak perlu**

(**) **Diisi nama pasien yang dimintakan keterangan atau informasi medisnya**

(***) **Diisi nomor rekam medis dari pasien yang dimintakan keterangan atau informasi medisnya.**