

Denpasar,/...../.....

Kepada Yth :

Direktur Utama

RSU. Prima Medika

Di Denpasar

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyelesaian proses klaim biaya perawatan, kami mohon agar bisa diberikan informasi/keterangan medis (seperti dalam lampiran)/ Resume Medis/Hasil Pemeriksaan penunjang/surat keterangan kematian/surat keterangan kelahiran/..... *atas nama :

Nama :

Tempat/tanggal lahir :

Alamat :

No. Rekam Medis :

Bersama ini kami lampirkan ** :

1. Surat persetujuan pemberian informasi medis
2. Surat Kuasa pemrosesan pengeluaran informasi medis pasien
3. KTP dan KK ahli waris (untuk permintaan surat kematian)
4. Fotocopy KIB (kartu identitas berobat) atau kwitansi pembayaran di RSU. Prima Medika
5. Form yang harus diisi oleh dokter

Demikian kami sampaikan agar bisa dimaklumi. Atas permakluman dan perkenannya diucapkan banyak terima kasih.

Hormat kami,

MATERAI
RP.6.000

(.....)

Note :

* (coret yang tidak benar dan isi titik dengan kebutuhan apabila belum tercantum didalamnya)

** (lingkari berkas yang dilampirkan)



PRIMA MEDIKA HOSPITAL

"Care with Quality and Hospitality"

SURAT PERSETUJUAN PEMBERIAN INFORMASI

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
Umur/Jenis Kelamin :(L/P)
Alamat :
Bukti Diri/KTP/SIM/
Paspot No. :

Menyatakan bahwa saya tidak berkeberatan bila RSU. Prima Medika memberikan informasi medis atas nama : Diri Saya Sendiri */ Anak */ Istri */ Suami */ Ayah*/ Ibu*/ saya, dengan identitas sebagai berikut :

Nama :
Umur/Jenis Kelamin :(L/P)
Dirawat di :
No. RM :
Untuk Kepentingan :

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya dan tanpa paksaan.

Denpasar,

Yang membuat pernyataan,

MATERAI
RP.6.000

.....

Note :

* (coret atau lingkari yang tidak sesuai)

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : _____
Umur : _____
Alamat : _____
No. KTP : _____
Telp./HP : _____

Dengan ini saya memberi kuasa yang tidak akan berakhir karena sebab -sebab yang tercantum dalam pasal 1813 KUHP Perdata kepada setiap Dokter, Klinik, Puskesmas, Rumah Sakit, Laboratorium, Institusi Medis manapun, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Lembaga, atau Perorangan yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan pasien, untuk memberitahukan kepada :

1. _____
2. _____

Atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala catatan /keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Pasien.

Nama : _____
Umur : _____
Alamat : _____

Saya setuju bahwa salinan Surat Kuasa ini memiliki kekuatan hukum yang sah seperti aslinya.

Denpasar, _____
Hormat Saya,

MATERAI
RP.6.000

(.....)