



### PERMINTAAN KETERANGAN MEDIS

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : .....  
Umur / Jenis Kelamin : ..... L/P\*  
Alamat : .....  
No. HP : .....

Mengajukan permohonan kepada RS St. Carolus untuk dapat memberikan informasi medis yang diperlukan untuk klaim asuransi/pergantian biaya/kepentingan dinas/.....

Nama Pasien : .....  
No. Rekam Medis : .....  
Umur/Jenis Kelamin : ..... L/P\*  
Alamat : .....  
No. HP : .....

Dirawat inap / jalan\* di RS St. Carolus sejak tanggal ..... sampai dengan tanggal ..... dengan ini memohon dan memberi kuasa kepada dokter yang telah merawat saya, untuk memberikan keterangan tertulis mengenai segala sesuatu tentang rahasia kesehatan / penyakit saya selama dirawat.

Jakarta, ..... 2022

Pemohon,

( ..... )

DPJP	
FORM ASURANSI	
PARAF PASIEN	
PETUGAS	

\*) Coret yang tidak perlu

- Permohonan oleh pihak ke III dilengkapi dengan Surat Kuasa, FC KTP Pemohon dan Pasien.



RUMAH SAKIT  
**St. Carolus**  
Melayani Dari Hati,  
Membangkitkan Harapan

## SURAT KUASA

Yang bertandatangan dibawah ini,

Nama : \_\_\_\_\_  
Tempat, Tanggal lahir : \_\_\_\_\_  
Pekerjaan : \_\_\_\_\_  
Alamat : \_\_\_\_\_  
No.Handphone /Telp : \_\_\_\_\_

Dengan Ini memberikan kuasa penuh kepada,

Nama : \_\_\_\_\_  
Tempat, Tanggal lahir : \_\_\_\_\_  
Pekerjaan : \_\_\_\_\_  
Alamat : \_\_\_\_\_  
No.Handphone /Telp : \_\_\_\_\_

Untuk mendapatkan *informasi / Data Medis , Keterangan kelahiran dan sertifikat medis penyebab kematian \**

Demikian Surat Kuasa ini saya buat, semoga dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Jakarta, \_\_\_\_\_

Pemberi Kuasa

Penerima Kuasa

(Materai 10000)

( \_\_\_\_\_ )

( \_\_\_\_\_ )