



RSPI

SURAT IZIN MEMBERIKAN KETERANGAN MEDIS

MR
ARM 335

NO. MEDICAL RECORD / *Medical Record No.* : _____
NAMA PASIEN / *Patient's First Name* : _____
NAMA KELUARGA / *Surname* : _____

Dengan ini saya memberikan hak kepada :

RS. Pondok Indah _____
Jl. Metro Duta Kav. UE - Pondok Indah, _____ (Rumah sakit / Dokter)
Jakarta 12310, Indonesia _____

(Alamat Rumah Sakit / Dokter)

Untuk memberikan keterangan medis saya baik berupa pemeriksaan/tindakan/pengobatan yang selama ini telah dilakukan di Rumah Sakit Pondok Indah, dengan Medical Record No. _____
Kepada _____
(Nama dokter / Rumah Sakit)

Untuk keperluan : Asuransi / Pengobatan lanjutan / Dokter perusahaan (*)

Jakarta, _____

Yang memberikan hak,

Saksi,

Nama Lengkap

Nama Lengkap

*) coret yang tidak perlu