



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)

(_____)

(_____)