

UP : YULIA <klaim>



**UNIT REKAM MEDIS RS. USADA INSANI**  
**JL. KH. HASYIM ASHARI NO. 24 KOTA TANGERANG**  
**TEL.P. (021) 55752575, 55752577 EXT. 309**

**SURAT KUASA**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama	:	.....
Umur	:	.....
Alamat	:	.....
Telp.	:	.....
Pekerjaan	:	.....
Hubungan dengan pasien	:	.....

Dengan ini memberikan kuasa kepada RS. Usada Insani untuk memberikan segala data medis berupa Resume Medis / .....

Kepada :  
..... ( nama perusahaan / pihak ketiga), untuk keperluan  
....., Mengenai perawatan :

Nama Pasien	:	.....
Umur	:	.....
No. Rekam Medis	:	.....
Alamat	:	.....
Paviliun	:	.....

Dengan ini saya bertanggung jawab atas pelepasan informasi data medis ini dan segala akibat yang timbul dikemudian hari saya tidak akan menuntut pada pihak Rumah Sakit Usada Insani Tangerang. Demikian surat kuasa ini saya buat dengan sebenar-benarnya tanpa paksaan dan tekanan dari pihak manapun

Tangerang, ..... 20 .....

Dokter yang bersangkutan

Yang Memberikan Kuasa

(.....)

(.....)

Mengetahui

Petugas Yang Menerima

Ka. Unit Rekan Medis

(.....)

(.....)



**UNIT REKAM MEDIS RS. USADA INSANI**  
**JL. KH. HASYIM ASHARI NO. 24 KOTA TANGERANG**  
**TELP. (021) 55752575, 55752577 EXT. 309 CORESPONDEN**

Diterima dari/Pemohon	:	.....
Berupa	:	.....
Atas nama pasien	:	.....
Alamat pasien	:	.....
No. Telp./Hp.Pemohon	:	.....
No. Registrasi/Kwitansi R.I	:	.....
Perihal	:	.....
Hubungan dengan pasien	:	.....

Pemohon

Tangerang, .....

Petugas yang menerima

(.....)

(.....)

- ◆ Biaya administrasi Dokter Spesialis Rp. 30.000
- ◆ Biaya administrasi Dokter Umum Rp. 20.000
- ◆ Biaya administrasi Kelengkapan Data Rekam Medis Rp. 15.000

Keterangan : 1. Pengambilan Resume Medis, Pengisian dari Asuransi atau Jamsostek dll pada hari kerja jam 09.00 s/d 16.00 WIB  
2. Pengambilan berkas tersebut pada hari libur atau pada hari kerja diatas jam 16.00 WIB tidak dapat dilayani.