

020306

SURAT KUASA

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Alamat :

Sebagai pasien atau orang tua pasien dengan ini memberikan kuasa kepada :

Perusahaan/Asuransi .....

.....

Untuk mendapatkan keterangan/catatan medis atas :

Nama Pasien :

Umur :

Alamat :

Yang berhubungan dengan diagnosa, perawatan & pengobatan atau pelayanan kesehatan lain selama di RS Mitra Kelapa Gading pada

Tgl.....s/d.....

Demikian surat ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jakarta.....

(Pasien/Orang tua)

Saksi I :

Saksi II :

(.....)

(.....)

NB : Disertakan FC KTP Pasien

Catatan : Untuk Pasien dibawah umur 18 tahun diwakili oleh orangtuanya