



SURAT KUASA MEMBERIKAN INFORMASI MEDIS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : _____
No. Rekam Medis : _____
Alamat : _____

Memberi kuasa kepada Rumah Sakit Pantai Indah Kapuk untuk memberikan fotokopi :

Ringkasan penyakit tanggal : _____ s/d _____
Hasil laboratorium : _____
Hasil radiologi : _____
Hasil lain-lain : _____

Yang diperlukan untuk :

Asuransi : _____
Hal lain : _____

Jakarta, _____

Nama Pasien / yang mewakili

BUKTI PENERIMAAN INFORMASI MEDIS

Saya bertanda tangan di bawah ini :

Nama : _____
Alamat : _____

Menerima dari Rumah Sakit Pantai Indah Kapuk informasi medis dari pasien yang tersebut di atas.

Jakarta, _____

Yang menerima,

Yang memberi ijin,
Dokter yang merawat/
Direktur Medis

Petugas RM
yang memberi

Nama & tanda tangan

Nama & tanda tangan

Nama & tanda tangan