

SURAT KUASA

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Jenis Kelamin : Laki – laki / Perempuan *)

Tempat Tanggal Lahir : Umur :

Agama :

Pekerjaan :

Alamat :

Telepon : HP :

Selaku *) : Pasien / Orang tua / Suami / Istri / Anak/ Lain-lain :

Atas nama pasien : No. RM :

Memberikan kuasa kepada pihak RSUP Fatmawati untuk memberikan/ melepas informasi kesehatan saya / orang tua / Anak / Suami / Istri/ keluarga *) kami kepada pihak ketiga (Keluarga / Wali / Asuransi / Kantor / Pengacara / Badan – Badan Lain)* yang memerlukannya.

Demikian surat kuasa ini saya / kami buat dengan sesungguhnya dan secara sadar tanpa paksaan dari pihak manapun untuk dapat digunakan sbagaimana mestinya.

Jakarta,

Yang Memberi Kuasa,

Petugas IRMIK

.....
(Tanda tangan & nama jelas)

.....
(Tanda tangan & nama jelas)

*) → coret yang tidak perlu