

SURAT KUASA PEMBERIAN INFORMASI MEDIS
POWER OF ATTORNEY FOR MEDICAL INFORMATION

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

The undersigned :

Nama Pasien :
Name of Patient

Tempat/ Tgl Lahir :
Place/ Birthday

Alamat :
Address

No. Rekam Medis :
Medical Record No.

No. KTP/ SIM / Passport :
ID Card/ Driving Licence/ Passport

Tel. / HP :
Phone/ Mobile

Dengan ini memberi kuasa kepada RS MRCCC untuk memberikan informasi medis mengenai diri saya kepada :
I hereby authorize MRCCC Hospital to provide my health details or medical information to :

Nama Orang / Perusahaan (Hubungan dengan Pasien) :
Person/ Company Name (Relationship with the Patient)

Alamat :
Address

No. KTP/ SIM / Paspor :
ID Card/ Driving Licence/ Passport

Tel. / HP :
Phone/ Mobile

Untuk / Klaim Asuransi :
For / Insurance Claim

Seluruh keterangan yang tercantum dalam formulir ini ditulis dengan benar dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

All information in this form was written truthfully and I hereby agree this letter of Authority to be used promptly.

Jakarta, 20

