



TZU CHI HOSPITAL

Jl. Pantai Indah Kapuk Boulevard, Jakarta Utara 14470

021 5095 0888

SURAT KUASA

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Pasien : _____
No. Rekam Medis : _____
Tempat / Tanggal Lahir : _____
Jenis Kelamin : _____
NIK : _____
Selaku penanggung jawab pasien : _____
Bertindak atas persetujuan pasien : _____
Tanggal rawat inap / rawat jalan : _____

Selanjutnya disebut **Pemberi Kuasa**, dengan ini memberi kuasa kepada :

Tzu Chi Hospital, Pantai Indah Kapuk (selanjutnya disebut **Penerima Kuasa**), untuk pelepasan informasi rahasia medis diri saya/pasien diatas baik secara lisan maupun tulisan, sesuai dengan kebijakan yang berlaku di lingkungan Tzu Chi Hospital kepada :

No.	Nama	NIK	Hubungan dengan Pasien
1.			
2.			
3.			
4.			

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, maka dengan ini **Pemberi Kuasa** membebaskan **Penerima Kuasa** dari segala tuntutan atau konsekuensi hukum yang mungkin timbul sebagai akibat dari pelepasan informasi.

Jakarta, _____

Pemberi Kuasa

Penerima Kuasa

(_____)
Pasien/Keluarga pasien

(_____)
Nama Saksi dan Tanda Tangan