

SURAT KUASA

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
Tempat/Tanggal Lahir :
Alamat :
Selaku : Pasien/Orang Tua/Suami/Istri/Anak/Wali dari pasien dengan *Nomor
RM

Memberikan kuasa sepenuhnya kepada :

Nama :
Tempat/Tanggal Lahir :
Alamat :

Untuk mendapatkan informasi kesehatan selama perawatan/ pengobatan saya di RSUP Sanglah
Denpasar untuk kepentingan :
.....

Demikian surat kuasa ini dibuat agar bisa dipergunakan seperlunya.

Terima kasih

Yang diberi kuasa

Denpasar

Yang memberi kuasa

**Coret yang tidak benar*

Denpasar,

Kepada Yth.
Direktur Utama
RSUP Sanglah Denpasar
di
Denpasar

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan penyelesaian proses klaim biaya perawatan, kami mohon agar bisa diberikan informasi/ keterangan medis (seperti dalam lampiran)/ Resume Medis/ Hasil pemeriksaan penunjang/ Surat Keterangan Kematian/ surat keterangan kelahiran/.....* atas nama:

Nama :
Tempat/Tanggal Lahir :
Alamat :
No. Rekam Medis :

Bersama ini kami lampirkan **:

1. Surat izin pelepasan informasi kesehatan
2. Surat kuasa (apabila dikuasakan)
3. Fotokopi KK pasien dan ahli waris untuk permintaan surat keterangan kematian (jika pasien meninggal)
4. Fotokopi KTP pasien dan ahli waris
5. Fotokopi KIB (kartu identitas berobat) pasien
6. Fotokopi informasi rincian tagihan biaya perawatan dari RSUP Sanglah Denpasar
7. Blangko isian dari pihak asuransi

Demikian kami sampaikan agar bisa dimaklumi. Atas permakluman dan perkenannya diucapkan banyak terima kasih.

Hortmat Kami,

.....

* Coret yang tidak benar dan titik-titik dengan kebutuhan apabila belum tercantum didalamnya

** Lingkari berkas yang dilampirkan



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT (RSUP)
SANGLAH DENPASAR

Jl. Diponegoro Denpasar Denpasar, Bali, Indonesia 80114
Phone: 0361-227911, 0361-227915, 0361-225482. Fax: 0361-224206
Website : <https://sanglahhospitalbali.com/home/>



SURAT IZIN PELEPASAN INFORMASI KESEHATAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
Umur/ Jenis Kelamin : L/P
Alamat :
Bukti diri/KTP/SIM/Pasport No :

Menyatakan bahwa saya tidak berkeberatan bila RSUP Sanglah Denpasar memberikan informasi atas nama diri saya sendiri */Anak*/Istri*/Suami*/Ayah*/Ibu*/

Saya, dengan identitas sebagai berikut :

Nama :
Umur/ Jenis Kelamin : L/P
Dirawat di :
No. RM :
Untuk Kepentingan :

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya dan tanpa paksaan.

Denpasar,

Yang membuat pernyataan

**Lingkari atau coret yang tidak sesuai*