

Surat Kuasa

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Tempat, Tanggal Lahir :

NIK :

Alamat :

No Rekam Medis :

Dengan ini memberikan kuasa kepada:

Nama :

Tempat, Tanggal Lahir :

Alamat :

No Induk Pegawai :

Jabatan : Staff Claim Verifikasi PT Asuransi Allianz Life Indonesia

Untuk menyerahkan serta mendapatkan keterangan dan atau catatan medis (termasuk namun tidak terbatas pada memberikan salinan/fotokopi dokumen medis) terkait catatan perawatan saya di RS BMC MAYAPADA BOGOR.

Demikian Surat Pemberian Kuasa ini dibuat dengan sebenarnya dan untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Bogor,...../...../.....

Yang Memberikan Kuasa,

Yang Diberikan Kuasa

Materai 10.000

.....
Nama Jelas & Ttd diatas

.....
Nama Jelas & Ttd diatas

SURAT PERMINTAAN INFORMASI MEDIS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : L/P
Hubungan dengan Pasien : Pasien sendiri/Keluarga/Asuransi/Institusi*
Alamat :
Nomor Telp. / HP :
*Bukti identitas : 1. KTP : ada/ tidak
2. Surat Kuasa : ada/ tidak

Mohon dapat kiranya dokter memberikan informasi medis untuk keperluan :

- Pengisian Formulir Asuransi Rawat Inap (reimbes) :
 Pengurusan Dokumen Medis Lainnya :

Nama Pasien :
Nomor Rekam Medis :
Tempat/Tanggal Lahir :
Alamat :
Nomor Telp. / HP :
Tanggal Berobat :
*Tanda bukti berobat : Kartu pasien/ billing/ lainnya:.....

Informasi Medis yang telah diterima pasien menjadi tanggung jawab pasien, rumah sakit tidak bertanggung jawab terhadap penyalahgunaan terhadap dokumen medis setelah diserahkan kepada pasien/keluarga.

Bogor,

Petugas

(.....)
Pihak Pemohon

(.....)

**harus dilampirkan*