

**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

\_\_\_\_\_  
Nama & Tanda Tangan Pasien dan atau Materai Rp.6.000,-  
*Patient Name & Signature & Or Put a seal on Rp.6.000,-*

\_\_\_\_\_  
Nama & Tanda Tangan Yang Diberi Kuasa  
*Name & Signature who is Authorized & OR Company Stamp*