edelweiss hospital

**FORMULIR - B**

# SURAT KUASA
# PELEPASAN INFORMASI MEDIS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini : ("Pemberi Kuasa")

Nama Lengkap : .....
Tempat dan Tanggal Lahir : .....
No. KTP/Paspor/SIM : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Alamat : .....
.....
Nomor Telepon/ HP : .....

Dengan ini memberikan kuasa kepada :

Nama Lengkap : .....
Tempat dan Tanggal Lahir : .....
No. KTP/Paspor/SIM : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Alamat : .....
.....
Nomor Telepon/ HP : .....
Hubungan sebagai : Suami / Istri / Anak / Orang Tua / Saudara Kandung / Lainnya* .....
Asuransi / Perusahaan* : .....
No. Identitas / Kode Agen* : .....

Untuk mendapatkan informasi medis dari Rumah Sakit Edelweiss atas diri Saya Sendiri / Anak / Lainnya* …….. yang bernama:

Nama Lengkap Pasien : .....
Nomor Rekam Medis : ☐☐☐☐☐☐☐☐
Tempat dan Tanggal Lahir : .....

Yang dipergunakan untuk keperluan : .....
.....

Otorisasi Surat Kuasa ini berakhir pada (tanggal)** : .....

Sehubungan dengan hal tersebut di atas, dengan ini saya bertanggung jawab atas pelepasan informasi medis tersebut dan membebaskan serta tidak akan menuntut Rumah Sakit Edelweiss serta pihak-pihak yang terlibat atau pihak-pihak yang berkepentingan untuk mengakses, menggunakan, dan/ atau mengungkapkan informasi medis dari segala konsekuensi hukum yang timbul atau mungkin timbul dari pihak manapun.
Setiap salinan Surat Kuasa ini dianggap sebagai asli dan semua salinan yang diterbitkan merupakan satu kesatuan dan dianggap Surat Kuasa yang sama, mengikat, dan berkekuatan hukum.

Demikian Surat Kuasa ini saya buat dengan sebenarnya dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

Bandung, ..... /..... /.....

| Penerima kuasa, | Pemberi kuasa, |
|---|---|
| | Materai Rp. 10.000,- |
| ..... | ..... |
| Nama lengkap dan tanda tangan | Nama lengkap dan tanda tangan |

*Catatan:*
**) Coret yang tidak perlu*
***) Jika tanggal tidak dicantumkan, otorisasi akan kedaluwarsa 3 bulan setelah tanggal ditandatangannya formulir ini*

edelweiss hospital

**FORMULIR - A**

# PERMOHONAN PELEPASAN INFORMASI MEDIS

***APPLICATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION***

**Saya yang bertanda tangan di bawah ini**/*the undersigned below* :

**Nama Pemohon**/*Applicant's Name* : .....

**Usia**/*Age* : ..... **Jenis Kelamin**/*Sex* :** ☐ **Laki-laki**/*male* ☐ **Perempuan**/*female*

**No.KTP / Paspor / SIM** *ID/Passport/Driving License Number* : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

**Alamat**/*Address* : .....

: .....

**No.Telepon** /*Mobile Phone Number* : .....

**Bertindak sebagai** *Authority to act as* : **Diri sendiri / Orang tua / Suami / Istri / Anak / Saudara Kandung /Wali** *

: *Myself / Parent / Husband / Wife / Children / Sibling / Guardian*

**Dengan ini memohon Rumah Sakit Edelweiss untuk memberikan salinan informasi medis dari pasien :**
*Hereby request Edelweiss Hospital to release a copy of the patient medical information:*

**Nama Pasien**/*Patient Name* : .....

**No. Rekam Medis** *Medical Record Number* : ☐☐☐☐☐☐☐☐

**Tanggal Lahir**/*Date of Birth* : ..... **Jenis Kelamin:**** ☐ **Laki-laki** ☐ **Perempuan**
*Sex* *Male* *Female*

**Jenis Kunjungan**/*Visit Type* : ☐ **Rawat Jalan**/*Outpatient* ☐ **Rawat Inap**/*Inpatient*

: ☐ **IGD**/*Emergency Department* ☐ ***One Day Care***

**Tanggal Perawatan**/*Treatment Date* : .....

**Dokter/DPJP**/*Responsible Care Physician* : .....

**Silahkan centang ☑ dibawah ini untuk menunjukkan informasi yang diminta**: **
*Please check ☑ below to indicate information requested.*

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ | **Resume Medis** *Medical Summary* | ☐ | **Surat Keterangan** *Medical Certificate* ..... |
| ☐ | **Lainnya (mohon disebutkan)** *Other (please specify)* | | ..... |

**Biaya mungkin berlaku**/*fees may apply* ***

**Dokumen tersebut di atas akan digunakan untuk keperluan**/*the document will be purposed to*: **

☐ **Kelanjutan perawatan**/*Continuation of care* : .....

☐ **Klaim Asuransi**/*Insurance Claims* : .....

☐ **Jaminan Perusahaan**/*Corporate Guarantee* : .....

☐ **Proses Hukum**/*Legal Proceedings* : .....

☐ **Lainnya (mohon disebutkan)**/*Other (please specify)*

.....

**Cara pengiriman yang diinginkan**** *Preferred mode of delivery* : ☐ **Diambil sendiri** *Self-collect* ☐ **Email** ..... *Email*

☐ **Diwakilkan**/*Collected by Representative* (*Silahkan melengkapi surat kuasa Formulir - B*)

**Dengan ini saya menyetujui pelepasan dan penggunaan informasi medis saya sebagaimana tercantum dalam permohonan ini. Saya memahami dan menerima segala risiko yang mungkin timbul akibat pengiriman informasi medis, baik secara elektronik maupun fisik. Saya melepaskan Rumah Sakit Edelweiss dari segala tuntutan hukum yang timbul akibat risiko pelepasan informasi medis tersebut.**

*I hereby consent to the disclosure and use of my medical information as specified in this request. I acknowledge and accept all potential risks associated with the transmission of medical information, regardless of whether it is electronic or physical. I release Edelweiss Hospital from any legal liability arising from the risks inherent in the disclosure of such medical information.*

**Bandung, Tanggal** / *Date*: ...../...../.....

.....

**Nama lengkap dan tanda tangan pemohon**
*Full name and signature of applicant*

*Catatan (Notes):*
**) Coret yang tidak perlu / Cross out if not necessary*
***) Berikan tanda ☑ pada pilihan yang sesuai / Put a ☑ tick on the appropriate option*
****) Biaya mungkin berlaku untuk permintaan tertentu / Fees may apply to certain requests*