



PERMINTAAN DAN SURAT KUASA PELEPASAN INFORMASI MEDIS

Yang bertanda tangan dibawah ini sebagai pemberi kuasa :

Nama :
Alamat :
No.KTP :
Selaku : Pasien/Penanggung jawab pasien*(Jelaskan hubungan)
Nama Pasien :
No.RM :
Tgl. Perawatan :

Dengan ini menyatakan bahwa pihak tersebut diatas memberikan kuasa kepada **RSU Kasih Ibu** untuk memberikan informasi medis mengenai diri saya / pasien tersebut diatas* baik secara lisan maupun tertulis sesuai kebijakan yang berlaku kepada :

Nama Perorangan/Perusahaan :
Alamat :
Informasi Medis :
1. Pengisian Formulir Asuransi
2. Permintaan Catatan Medis
3.
4.
5.

Untuk Keperluan :

Sehubungan dengan pelepasan informasi pasien diatas, maka dengan ini pemberi kuasa menyatakan tidak akan menuntut RSU Kasih Ibu/petugas yang memberikan informasi medis dikemudian hari dan akan bertanggungjawab sepenuhnya atas pelepasan informasi tersebut. Demikian surat ini dibuat oleh pemberi kuasa dengan penuh kesadaran tanpa ada paksaan dari pihak manapun

Denpasar,

Pemberi kuasa

Penerima Informasi Medis

Materai 10.000

(.....)

(.....)

*) coret yang tidak perlu