

SURAT KUASA PELEPASAN INFORMASI MEDIS

Lokasi Eka Hospital : ☐ BSD ☐ BKS ☐ CBB ☐ PKU ☐ Lainnya:

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama Lengkap :
Tanggal Lahir :
Alamat :
Nomor KTP/ Paspor :
Nomor Telepon/ HP :

Dengan ini memberikan kuasa kepada:

Nama Lengkap :
Tanggal Lahir :
Alamat :
Nomor KTP/ Paspor :
Nomor Telepon/ HP :

Dalam hal pengambilan korespondensi rekam medis kepada penerima kuasa. Dengan ini saya menyetujui dan bertanggung jawab atas pelepasan informasi data medis atas permintaan saya sendiri. Saya tidak akan menuntut pihak dokter/ Eka Hospital dikemudian hari atas akibat yang timbul sehubungan dengan dilepasnya informasi dan data medis yang dimaksud.

Demikian surat kuasa ini saya buat dengan sebenar-benarnya tanpa paksaan ataupun tekanan dari pihak manapun.

....., 202.....

Pemberi Kuasa

Penerima Kuasa

(Materai 10.000)

(.....)
Nama Lengkap

(.....)
Nama Lengkap

Keterangan:

Mohon dilengkapi dengan fotokopi KTP pemberi kuasa dan penerima kuasa.
Ditempel materai Rp 10.000 pada tanda tangan "Pemberi Kuasa".