

| SURAT KUASA MEMBERIKAN INFORMASI MEDIS | |
|--|---|
| Nama | : |
| No Rekam Medis | : |
| Alamat | : |
| <i>Memberikan Kuasa kepada Rumah Sakit Grha Kedoya untuk memberikan fotokopi :</i> | |
| Ringkasan penyakit tanggal | : |
| Hasil laboratorium | : |
| Hasil Radiologi | : |
| Hasil lain-lain | : |
| Yang diperlukan untuk : | |
| Asuransi | : |
| Hal lain | : |
| <i>Jakarta,.....</i> | <i>Yang mengetahui, Dokter yang merawat</i> |
| Nama & tandatangan Nama Pasien/yang mewakili | Nama & tanda tangan |
| BUKTI PENERIMAAN INFORMASI MEDIS | |
| <i>Saya yang bertandatangan dibawah ini</i> | |
| <i>Nama</i> | : |
| <i>Alamat</i> | : |
| <i>Menerima dari Rumah Sakit Grha Kedoya informasi medis dari pasien yang tersebut di atas</i> | |
| Jakarta, Yang menerina, | Petugas RM, yang memberi |
| Nama & tandatangan | Nama & tandatangan |