

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

