



**SURAT KUASA PEMBERIAN INFORMASI MEDIS
PASIEN MENINGGAL DUNIA**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

No. KTP/ Paspor :

Tempat/ Tgl Lahir :

Alamat :

Tel. / HP :

Adalah (Hubungan dengan pasien meninggal) sebagai Ahli Waris dari :

Nama Pasien :

No. Rekam Medis :

No. KTP/ Passport :

Tempat/ Tgl Lahir :

Alamat :

Waktu Meninggal : Hari/ Tanggal & WIB Di MRCCC Semanggi

Dengan ini memberi kuasa kepada RS MRCCC untuk memberikan informasi medis mengenai pasien meninggal di atas kepada :

Nama Orang / Perusahaan :

(Hubungan dengan Pasien / Ahli Waris)

Alamat :

No. KTP/ Passport :

Tel. / HP :

Untuk/ Asuransi Klaim :

Seluruh keterangan yang tercantum dalam formulir ini ditulis dengan benar dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jakarta, 20