

YANG BERTANDA TANGAN DI BAWAH INI

Nama :
Alamat :
KTP/SIM/ID Lainnya : (Fotocopy KTP dilampirkan)

Selaku pasien atau Suami/Isteri/Orangtua/Wali/Anak/Penanggungjawab*) dengan surat kuasa terlampir telah mendapatkan izin tertulis dari pasien :

Nama Pasien : No.MR :
Tanggal Rawat : s/d Dokter yang merawat :
Untuk keperluan : Asuransi/perusahaan Sekolah Lain-lain

Selanjutnya pihak di atas disebut **Pemberi Kuasa**, dengan ini memberikan kuasa kepada RS Mata JEC@Kedoya yang selanjutnya disebut sebagai **Penerima Kuasa**.

KHUSUS

Untuk memberikan informasi medis mengenai saya/pasien tersebut di atas*), baik secara lisan maupun tertulis sesuai dengan kebijakan yang berlaku di RS Mata JEC@Kedoya kepada Perorangan/Perusahaan/Asuransi*) :

Hasil pemeriksaan/perawatan :

Hasil Resume Medis : Hasil Radiologi :
Hasil Laboratorium : Hasil Lain-lain :

Sehubungan dengan urusan tersebut di atas, maka dengan ini **Pemberi Kuasa** membebaskan **Penerima Kuasa** dari segala tuntutan atau konsekuensi hukum dari pihak ketiga yang mungkin timbul sebagai akibat pelepasan informasi medis pasien tersebut.

Jakarta,
Pemberi Kuasa

(.....)

BUKTI PERMINTAAN INFORMASI MEDIS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini

Nama :
Alamat :
No.KTP/SIM/ID Lainnya :
Hubungan dengan pasien : Suami Isteri Wali Anak Penanggung Jawab

Menerima dari RS Mata JEC@Kedoya, surat keterangan medis/hasil pemeriksaan penunjang medis*) dari pasien :

Nama Pasien :
No. MR :
Informasi Medis :

YANG MENERIMA

(.....)

Jakarta,
YANG MEMBERI

(.....)

*Coret yang tidak perlu