

SURAT KUASA PEMBERIAN INFORMASI

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama Pasien :
Alamat Pasien :
Tempat, tanggal lahir Pasien :
No. Telp Pasien :

Memberikan kuasa kepada,

Nama :
Alamat :
Tempat, tanggal lahir :
No. Telp :
Hubungan dengan pasien :

Kode Agen Asuransi (apabila agen asuransi) :

Untuk memberikan informasi medis secara lisan/tertulis* mengenai diri saya kepada :

Nama Perusahaan/Instansi/Lembaga* :

Untuk keperluan :

Tanggal Perawatan di RS Vania :

Pemberi kuasa tidak akan menuntut dokter pemberi informasi/Rumah Sakit Vania tentang segala yang berkenaan dengan pemberian informasi secara lisan/tertulis* ini di kemudian hari.

Demikian surat kuasa pemberian informasi ini saya buat tanpa ada paksaan dari siapapun dan dari pihak manapun untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bogor, 20.....

Pemberi Informasi,

(dr. _____)

Saksi dari pihak Rumah Sakit,

(_____)

Pemberi Kuasa,

materai

(_____)

Penerima Kuasa,

(_____)