

# SURAT KUASA

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : .....  
Jenis Kelamin : [ ] Laki-laki [ ] Perempuan  
Tempat Tanggal Lahir : ..... Umur : .....  
Agama : .....  
Pekerjaan : .....  
Alamat : .....  
Telepon : ..... HP : .....  
Selaku\*) : Pasien / Orang tua / Suami / Istri / Anak / Lain-lain:.....  
Atas nama pasien : ..... No. RM : .....I.....I.....I.....I.....I.....

Memberikan kuasa kepada pihak RSIA YPK Mandiri untuk memberikan / melepas informasi kesehatan saya / orang tua / anak / suami / istri / keluarga \*) kami kepada pihak ketiga (Keluarga / Wali / Asuransi / Kantor / Pengacara / Badan-badan lain \*) yang memerlukannya dengan identitas di bawah ini :

Nama : .....  
Jenis Kelamin : [ ] Laki-laki [ ] Perempuan  
Tempat Tanggal Lahir : ..... Umur : .....  
Agama : .....  
Pekerjaan : .....  
Alamat : .....  
Telepon : ..... HP : .....

Demikian surat kuasa ini saya / kami buat dengan sesungguhnya dan secara sadar tanpa paksaan dari pihak manapun untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

**Catatan :**

- **Mohon dilampirkan fotokopi KTP Pemberi dan Penerima Kuasa**
- Beri tanda (V) yang sesuai
- \*) Coret yang tidak perlu

Jakarta,.....

Yang Memberi Kuasa,

Yang Diberi Kuasa,

( \_\_\_\_\_ )  
Nama jelas & tanda tangan

( \_\_\_\_\_ )  
Nama jelas & tanda tangan