



Rumah Sakit ADVENT
BANDUNG
Bandung Adventist Hospital
SURAT KUASA

Yang bertanda tangan dibawah ini saya:

N a m a : _____
Tempat / Tanggal Lahir : _____
P e k e r j a a n : _____
A l a m a t : _____

Sebagai: Ayah / Ibu / Suami / Istri / Anak/ Adik / Kakak / Wali / Yang bersangkutan,
dari pasien : *)

N a m a : _____
Tempat / Tanggal Lahir : _____
Jenis Kelamin : Laki laki / Perempuan *)
Nomor Rekam Medis : 00 - -
Ruangan : _____ Kelas _____ VIP _____
A l a m a t : _____

Dengan ini saya memberi kuasa kepada dokter Rumah Sakit Advent Bandung yang mempunyai catatan tentang keadaan penyakit pasien tersebut diatas untuk memberitahukan kepada pihak yang memerlukan. Saya akan bertanggung jawab sepenuhnya akibat dibukanya rahasia tersebut dan saya menyatakan tidak akan menuntut kepada dokter Rumah Sakit Advent Bandung dikemudian hari.

Demikian surat kuasa ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tidak ada paksaan dari pihak manapun.

Bandung, _____, 200

Yang memberikan kuasa,

Catatan :

- *) Coret yang tidak perlu
- Formulir ini harap dilampirkan di dalam Berkas Rekam Medis

Menuju Sehat Seutuhnya