



**SURAT KUASA  
PELEPASAN INFORMASI MEDIS**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : \_\_\_\_\_  
Alamat : \_\_\_\_\_

Nomor KTP : \_\_\_\_\_

selaku :

**Pasien / Penanggung Jawab Pasien\*** : \_\_\_\_\_

Nomor Pasien : \_\_\_\_\_

Tanggal rawat : \_\_\_\_\_

(selanjutnya disebut **Pemberi Kuasa** ), dengan ini memberi kuasa kepada :

Siloam Hospitals , beralamat di Jl. MH. Thamrin Kav. 105, Lippo Cikarang, Bekasi 17550  
(selanjutnya disebut **Penerima Kuasa**) :

----- KHUSUS -----

untuk memberikan informasi medis mengenai **diri saya / pasien tersebut diatas\***, baik secara lisan maupun tertulis, sesuai dengan kebijakan yang berlaku di lingkungan Siloam Hospitals kepada :

Nama **Perorangan / Perusahaan \*** : \_\_\_\_\_  
Alamat : \_\_\_\_\_

No. KTP (perorangan) : \_\_\_\_\_

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

Lippo Cikarang, \_\_\_\_\_

Pemberi Kuasa,

( \_\_\_\_\_ )  
Nama & Tanda tangan

\*) Coret yang tidak perlu