

FORMULIR PERMOHONAN DATA MEDIS

Kepada Yth.

Direktur Krakatau Medika Hospital

Di

Tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama :

Perusahaan Asuransi :

Mewakili saudara :

Nama :

Alamat :

No. KTP :

No. Telepon :

Unit Layanan di RS : Rawat Jalan / IGD / Rawat Inap di :

Tanggal Masuk KMH : / /

memohon kiranya dapat diberikan data-data medis pasien tersebut di atas selama berobat di Krakatau Medika Hospital pada tanggal agar dapat melengkapi kebutuhan pengisian persyaratan klaim asuransi pasien tersebut.

Terlampir kami sampaikan fotocopy KTP atas nama pasien tersebut diatas dan formulir isian data medis yang harus diisi oleh dokter yang merawat.

Demikian kami sampaikan, atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Mengetahui,

Cilegon, _____

(dr. Rahmat Setiarsa, Sp.JP.)

Direktur Krakatau Medika Hospital

(_____)