



RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA  
JALAN BALAI PUSTAKA BARU NO. 19 RAWAMANGUN  
JAKARTA TIMUR TLP. 4707433 S/D 37

LABEL IDENTITAS PASIEN

### PERNYATAAN PERMINTAAN PENDAPAT LAIN ( SECOND OPINION)

Yang bertanda tangan dibawah ini saya :

Nama : \_\_\_\_\_, Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_

Hubungan dengan pasien : pasien sendiri / suami / istri / anak / ayah / ibu, \*lain-lain \_\_\_\_\_

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

Dengan ini menyatakan permintaan untuk mendapat second opinion/ pendapat kedua atas :

Nama Pasien : \_\_\_\_\_ Tgl Lahir : \_\_\_\_\_ No RM

Ruang / Kelas Perawatan : \_\_\_\_\_

Sehubungan kebutuhan pertimbangan pendapat dokter lain atau second opinion bagi pasien, saya memahami perlunya manfaat second opinion setelah diberikan penjelasan, kesempatan bertanya dan mendapat jawaban yang lengkap dari dokter yang merawat, sehingga saya bertanggung jawab atas segala **beban biaya second opinion**, secon opinion dapat diminta: Pasien/ keluarga/ dokter yang merawat/ pihak manajemen rumah sakit di dalam rumah sakit maupun diluar rumah sakit.

Saya juga menyadari bahwa perbedaan pendapat ahli dalam ilmu kedokteran dapat terjadi karena ilmu kedokteran bukanlah suatu hal yang pasti dan selalu mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya dihadapan saksi-saksi, tanpa ada paksaan dari pihak lain.

Saksi-saksi

Pasien / Keluarga

( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ )

( \_\_\_\_\_ )

**Catatan :** Bila pasien tidak kompeten / tidak bisa menerima informasi, maka dapat diwakili keluarga atau seseorang yang diberi hak untuk memberikan pernyataan permintaan pendapat lain.