



PERSETUJUAN PERMINTAAN PENDAPAT LAIN (*SECOND OPINION*)

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama :

Tempat, tanggal lahir :

Alamat :

Nomor RM :

Dengan ini menyatakan permintaan untuk mendapat *second opinion terhadap pasien*:

.....
.....
.....

Saya memahami perlunya dan manfaat *second opinion* tersebut sebagaimana telah dijelaskan kepada saya, saya telah mendapat kesempatan untuk bertanya dan telah mendapat jawaban yang memuaskan, saya juga menyadari bahwa oleh karena ilmu kedokteran bukanlah ilmu pasti dan selalu berkembang, maka perbedaan pendapat ahli adalah biasa terjadi di dunia kedokteran. Saya menyadari beban biaya *second opinion* menjadi tanggung jawab saya.

.....

Pasien / Wali*

Saksi 1

Saksi 2

.....