

RM.07.P

**SURAT PERMINTAAN SECOND OPINION**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : .....

Tgl. Lahir / Umur : ...../.....tahun

Jenis Kelamin : Laki-Laki / Perempuan\*)

Agama : .....

Alamat : .....

Hubungan dengan pasien : suami / istri / anak / ayah / ibu\* (..... lain-lain, sebutkan)

Nama Pasien : .....

No. RM : .....

Tgl. Lahir / Umur : ...../.....tahun

Jenis Kelamin : Laki-Laki / Perempuan\*)

Agama : .....

Alamat : .....

Dengan ini meminta diberikan *second opinion* terhadap penyakit saya / keluarga saya, yaitu :

.....

Dengan dokter yang beridentitas sebagai berikut :

Nama : .....

Instansi Rumah Sakit : .....

Pangkalan Bun, ..... Jam : ..... WIB

Saksi,

Pemohon,

(.....)  
Tanda Tangan & Nama Terang

(.....)  
Tanda Tangan & Nama Terang

\*Coret yang tidak perlu