

## ***INFORMED CONSENT***

Kepada Yth Bapak/Ibu.

Saya, Dra Mayke S. Tedjasaputra, M.Si, selaku psikolog di JCDC, akan melakukan pemeriksaan psikologis terhadap anak terkait keluhan yang diberikan.

### **Klien:**

Anda tidak dipaksa untuk melakukan pemeriksaan. Anda bersedia menjadi klien dengan kebebasan anda sendiri. Bila anda memutuskan untuk berhenti melakukan pemeriksaan, tidak ada orang yang dapat mengubah keputusan anda dan tidak akan ada yang mendiskriminasi anda. Psikolog (pemeriksa) akan merahasiakan identitas dan informasi yang diberikan sebagai kode etik yang harus dijaga KECUALI ada indikasi bahwa anak atau orangtua/wali akan menyakiti diri sendiri atau orang lain (misalnya ingin bunuh diri atau membunuh orang lain), maka psikolog akan melapor kepada pihak berwajib dengan sepengetahuan/ijin orangtua/wali tersebut.

Pembayaran biaya pemeriksaan berdasarkan jumlah waktu pertemuan dengan psikolog. Waktu pertemuan dengan anak disesuaikan dengan kekuatan anak dalam melaksanakan tes-tes yang diberikan. Waktu pemeriksaan psikologis (interview orangtua/figur terkait, tes, dan observasi) disesuaikan dengan kebutuhan data untuk mendapatkan hasil pemeriksaan lebih menyeluruh.

### **Tandatangan:**

Saya telah membaca bacaan di atas, atau ini telah dibacakan kepada saya. Saya juga telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai prosedur pemeriksaan ini. Saya mengerti prosedur pemeriksaan ini. Dengan membubuhkan tandatangan saya di bawah ini, saya menegaskan kerjasama saya.

Jakarta, .../.../...

Ttd,

---

Nama Klien/Orangtua