Бланк согласия на операцию

הסכמה לניתוח

Наклейка

После получения подробных устных разъяснений от доктора _____ _____
Фамилия Имя
в отношении необходимости операции _____

_____

диагноз:

_____

_____,

включая ожидаемые результаты, риски и альтернативные методы лечения в данных обстоятельствах (в частности, вероятность и осложнения, сопряженные с каждой из этих процедур и связанные с этим проверки и методы лечения), я даю свое согласие на проведение указанной выше операции в больнице (далее - «Основная операция»).

Мне было разъяснено, и мне понятно, что в процессе Основной операции может возникнуть необходимость в расширении или изменении ее объема либо в выполнении других или дополнительных процедур. Это включает дополнительные хирургические процедуры, которые на данный момент невозможно с точностью или полностью предсказать, но значение которых мне было объяснено. Таким образом, я также даю согласие на такое расширение или изменение объема и на выполнение других или дополнительных процедур, включая операции, которые врачи больницы в процессе Основной операции сочтут жизненно важными или необходимыми.

Кроме того, я соглашаюсь на выполнение общего наркоза или местной анестезии, если по мнению лечащих врачей в этом возникнет необходимость.

Информация об этом предоставлена мне анестезиологом.

Мне известно, и я соглашаюсь с тем, что Основная операция и все остальные процедуры будут выполнены специалистом, которому это будет поручено в соответствии с правилами и регламентом медицинского учреждения. Мне не гарантируется, что они будут полностью или частично проведены определенным лицом, но отвественность за них возлагается на медицинское учреждение, как это предусмотрено законом.

Имя врача	____/_____/____ Время	_____ Дата	_____ Подпись пациента

_____ _____
Имя законного опекуна Подпись законного опекуна
(в случае недееспособного, несовершеннолетнего или душевнобольного пациента)

Настоящим подтверждаю, что пациент/законный опекун пациента* получил достаточно подробные устные разъяснения всей приведенной выше информации и подписал данную форму согласия после того, как я убедился в том, что ему все понятно.

Имя врача	_____ Подпись врача	_____ Номер лицензии

* Лишнее зачеркнуть