Информационная поддержка www.beautymed.ru

Приложение к договору №_____
от «____» _____ 200__ г.

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОПЕРАЦИЮ ПОДТЯЖКИ КОЖИ ЛБА (БРОВЕЙ)

Цель данного документа – предоставить пациенту до подтверждения им согласия на операцию полную информацию об особенностях послеоперационного периода и осложнениях, которые могут возникать при данном виде лечения.

1. Я, _____, в соответствии со ст. 31 Основ законодательства РФ «Об охране здоровья…», ст. 10 Закона РФ «О защите прав потребителей», получил(а) в понятной для меня форме всю интересующую меня информацию о медицинских услугах и уполномочиваю доктора (далее – Врача) и его ассистентов выполнить мне операцию подтяжки кожи лба.

2. Содержание и результаты операции, возможные опасности и осложнения, а также возможности альтернативного лечения мне полностью объяснены Врачом, и я их полностью понял (а).

Особенно важными и полностью ясными для меня являются следующие положения об особенностях послеоперационного периода:

а) в результате операции на коже волосистой части кожи головы остаются рубцы, которые могут быть заметны, если у пациента очень короткая стрижка или редкие волосы; во всех случаях рубцы можно обнаружить при внимательном рассмотрении;

б) Отек тканей лба, и изменение цвета кожи в некоторых зонах лица могут сохраняться в течение нескольких недель;

в) в течение нескольких месяцев после операции может сохраняться зона сниженной чувствительности на лбу и волосистой части головы кпереди и (или) кзади от линии швов; чувствительность медленно восстанавливается.

3. После операции возможно развитие любых обще хирургических осложнений (нагноение раны, кровотечение, тромбофлебит, тромбоэмболия, образование келоидных рубцов и др.), а также следующих осложнений, характерных для данной операции:

а) после отслойки кожи и ее подтяжки под ней могут скапливаться кровь и тканевая жидкость, которые в редких случаях требуют удаления путем повторной операции; вероятность этого повышается у пациентов с высоким давлением крови;

б) при склонности пациента к выпадению волос после операции этот процесс может усилиться.

4. Я понимаю, что две половины человеческого лица всегда имеют различия в форме и размерах и эти различия остаются после операции.

5. Я понимаю, что хирургия – это не точная наука и хирург не может абсолютно точно гарантировать получение желаемого результата. Никто, в том числе Врач, не гарантировал мне этого на 100%.

6. Мне не известно о моей повышенной чувствительности к медикаментам, кроме:

_____.
(указать наименование медикаментов)

Я удостоверяю, что Я ознакомилась (ознакомился) с приведенной выше информацией, что полученные мной объяснения меня полностью удовлетворяют, и что Я полностью понимаю назначение данного документа, и подтверждаю свое согласие на операцию и соответствующее лечение, а также на выполнение всех других манипуляций, необходимых для оказания мне услуг, предусмотренных Договором.

Дата: «____» _____ 200 __ г. Пациент: _____ _____
подпись Фамилия и инициалы

Дата: «____» _____ 200 __ г. Хирург: _____ _____
подпись Фамилия и инициалы