Информационная поддержка www.beautymed.ru

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

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОПЕРАЦИЮ ПОДТЯЖКИ КОЖИ ЛИЦА

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 лица

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 остаются рубцы; и, не смотря на то, что все будет сделано для того, чтобы они были незаметными, рубцы остаются видимыми при внимательном рассмотрении;

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

в) в течение нескольких месяцев после операции может сохраняться зона сниженной чувствительности на щеках и в нижней части ушной раковины; в последующем чувствительность медленно улучшается.

3. После операции возможно развитие любых общехирургических 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.

г) возможно временное нарушение роста и выпадение волос в височной области; редко эти изменения могут носить постоянный характер;

д) под кожей могут образовываться уплотнения, которые постепенно рассасываются, иногда в течение нескольких месяцев;

е) возможно нарушение питания краев отслоенной кожи, что может привести к замедлению заживления раны и даже потребовать повторных операций с пересадкой кожи; вероятность этого значительно повышается у курильщиков.

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