Информационная поддержка www.beautymed.ru

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

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОПЕРАЦИЮ УМЕНЬШЕНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

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 молочных желез.

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

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

а) после операции на коже останутся постоянные рубцы; их качество не может быть в полной мере предсказано до операции, так как процессы формирования рубцов индивидуальны;

б) идеальная симметрия сосков, ареол и молочных желез не может быть достигнута, хотя стремление к этому является одной из задач операции

в) чувствительность сосков, ареол и молочных желез, как правило, снижается с последующим медленным улучшением; в некоторых случаях она утрачивается полностью;

г) медицинской наукой установлено, что данная операция не оказывает влияния на частоту возникновения рака молочной железы;

д) отек и кровоизлияния могут сохранятся в области операции в течение нескольких недель; пройдут несколько месяцев до того момента, когда после операции грудь примет окончательную форму.

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) в очень редких случаях после операции кровоснабжение одного или двух сосков и ареол может стать недостаточным, что приведет к их частичному или полному некрозу (омертвлению); это осложнение может потребовать проведения более поздней реконструкции.

б) операция снижает возможность грудного кормления;

в) хотя будет сделано все возможное для восстановления желаемой формы и внешнего вида каждой молочной железы, идеальная форма, как правило, не достигается;

4. Я понимаю, что две половины человеческого тела 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