Информационная поддержка www.beautymed.ru

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

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОПЕРАЦИЮ ПЛАСТИКИ УШНЫХ РАКОВИН

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 пластики ушных раковин, известную также как отопластика.

2. Содержание и результаты операции, возможные опасности и осложнения, а также возможности альтернативных методов 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) разрезы кожи выполняются по задней поверхности ушной раковины, и образующийся в последующем рубец практически незаметен, хотя и может быть обнаружен при внимательном рассмотрении;

б) сразу после операции развивается отек и изменяется цвет ушных раковин; в течение нескольких недель эти явления проходят;

в) практически у каждого человека можно найти различия в положении и форме ушных раковин, некоторые различия остаются и после любой операции;

г) после устранения выраженной лопоухости может измениться хрящевой рисунок ушной раковины.

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) в некоторых случаях после операции возможна частичная утрата коррекции формы ушной раковины, что может потребовать проведения корригирующей операции.

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