Информационная поддержка www.beautymed.ru

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

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОПЕРАЦИЮ ПЛАСТИКИ НОСА

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 пластику носа, известную также как ринопластика.

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 и слизистой оболочки носа выполняются таким образом, чтобы образовавшиеся после операции рубцы были практически незаметны; в то же время их можно обнаружить при внимательном рассмотрении;

б) сразу после операции развивается отек тканей носа и лица; основная часть отека исчезает в течение двух-трех недель после операции, однако некоторая отечность может сохраняться в течение нескольких недель и даже месяцев до полного исчезновения;

в) при вмешательстве на костях изменяется цвет кожи в некоторых зонах лица из-за образования внутрикожных кровоизлияний; в течение нескольких недель эти явления проходят.

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) при значительной деформации носовой перегородки ее исправление может привести к образованию перфорационного отверстия;

б) в редких случаях при обширных операциях в послеоперационном периоде может развиться кровотечение, что может потребовать выполнения повторных вмешательств.

4. В связи со специфическими особенностями данного типа операций Врачом подчеркнуто, что точный конечный результат не может быть предсказан и гарантирован на 100%, а оценка окончательного результата осуществляется через год после вмешательства.

5. 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