

Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство

Я, _____, (документ, удостоверяющий личность)
_____, проживающий (ая) по адресу: _____, находясь на
лечении (обследовании) в ООО "МЕДИКАЛ ПАРК", добровольно даю свое согласие на проведение мне амбулаторной (в дневном
стационаре, в круглосуточном стационаре) операции:

(название оперативного вмешательства)

и прошу ООО "МЕДИКАЛ ПАРК" назначить лечащим
врачом _____.

Подтверждаю, что я ознакомлен (а) с характером предстоящей мне операции. Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход
предстоящего оперативного лечения.

Мне разъяснено, и я осознаю, что во время операции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае
я согласен (а) на то, что ход операции может быть изменен врачом по его усмотрению.

Я предупрежден (а) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с риском потери крови, возможностью
инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма,
непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

Я предупрежден (а) о том, что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч. в связи с возможными
послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это.

Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или
индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (лицом мною представляемым) и
известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ - инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях,
передаваемых половым путем, об экологических, производственных факторах, физической, химической или биологической природы,
воздействующих на меня (лицо мною представляемое) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах,
проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а также об
употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я _____ согласен (а) на запись хода операции на информационные носители (аудио,
видеосъемка) и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских целях, с учетом сохранения
врачебной тайны.

Я _____ согласен (а) на проведение в ходе операции консилиума врачей с целью
уточнения диагноза и метода лечения.

Я _____ согласен (а) на участие в проводимой мне операции, при возникновении
необходимости, второго хирурга по усмотрению лечащего врача.

Я _____ согласен(а) на проведение перевязок и других необходимых процедур в
послеоперационном периоде подготовленными лицами из числа среднего медицинского персонала.

Мне была предоставлена возможность задать все вопросы о степени риска и пользе (необходимости) оперативного вмешательства и
врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

Я ознакомлен (а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и
добровольно даю свое согласие на проведение мне операции

(название оперативного вмешательства)

_____. г. Подпись пациента/законного представителя _____

Расписался в моем присутствии:

Врач: _____ (подпись)

(должность, Ф.И.О.)