

Настоящим заявляю и подтверждаю, что мне разъяснено и понятно существование вероятности того, что в процессе проведения данной процедуры, может возникнуть необходимость в расширении ее объемов, ее модификации или в проведении иных или дополнительных процедур для спасения жизни или предотвращения физического ущерба, в том числе дополнительных видов инвазивного вмешательства, которые не могут быть с уверенностью или в полном объеме предсказаны на данном этапе, однако, значение которых мне было разъяснено. Выражаю свое согласие на вышеописанное расширение объемов, модификацию данной процедуры и проведение иных или дополнительных процедур, включая хирургические, которые доктора данного медицинского учреждения в ходе процедуры сочтут необходимыми для спасения жизни или для проведения процедуры.

Я также даю свое согласие на применение местных анестетиков, внутривенно или иным образом; мне предоставлены разъяснения рисков и осложнений местных анестетиков, в том числе аллергические реакции различной степени тяжести, и возможные осложнения в связи с использованием седативов, которые могут, в редких случаях, вызвать расстройства дыхательной или сердечно-сосудистой системы, особенно среди пациентов, страдающих от сердечно-сосудистых или респираторных заболеваний

Мне известно, что, если процедура будет проведена под общей анестезией, соответствующие разъяснения будут предоставлены мне анестезиологом.

Я осознаю и согласен на то, что данная процедура и любые иные процедуры будут проведены лицом, назначенным для проведения таковых в соответствии с внутренним распорядком и инструкциями лечебного учреждения, при условии, что процедуры будут проведены в рамках ответственности, принятой на себя медицинским учреждением и установленной законодательством; заверений о том, что вся процедура или ее часть будет проведена каким-либо конкретным лицом мне предоставлено не было.

Дата	Время	Подпись пациента
------	-------	------------------

Имя опекуна (род отношений с пациентом) Подпись опекуна (для недееспособных, несовершеннолетних или психически неполноценных пациентов)

Настоящим подтверждаю, что мной предоставлены устные разъяснения пациенту/ опекуну пациента* в отношении всего вышесказанного, в необходимых подробностях, а также что данное согласие было подписано пациентом в моем присутствии после того, как я убедился в полном понимании моих разъяснений пациентом.

Имя лечащего врача	Подпись лечащего врача	лицензия №
--------------------	------------------------	------------

החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ



הסתדרות הרפואית בישראל
איגוד רופאי אף-אוזן-גרון וכירורגיה של ראש צוואר



* Ненужное вычеркнуть

Медицинская Ассоциация Израйля

Medical Risk Management Company Ltd.

החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ



הסתדרות הרפואית בישראל
איגוד רופאי אף-אוזן-גרון וכירורגיה של ראש צוואר

