



Медицинский Центр  
Гилель-Яффе



הסכמה לניתוח כללי

**Форма согласия на операцию:** \_\_\_\_\_

Имя и фамилия пациента: \_\_\_\_\_  
Фамилия                      Имя                      Имя отца                      № уд. личности

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил/а подробные устные объяснения от д-ра

\_\_\_\_\_ о необходимости  
Фамилия                      Имя

\_\_\_\_\_ (далее: «Основная операция»).

В том числе о ходе операции, ожидаемых результатах, разумных рисках и возможных в данных обстоятельствах альтернативных вариантах лечения, о шансах и рисках, связанных с каждой из этих процедур и о связанных с ними анализах и процедурах. Настоящим я даю своё согласие на проведение вышеупомянутой операции в больнице. Мне объяснили, и я понимаю, что существует вероятность того, что во время основной операции возникнет необходимость в её расширении, изменении или выполнении других или дополнительных процедур, в том числе дополнительных хирургических процедур, которые нельзя с уверенностью или в полном объёме предвидеть сейчас, но мне было разъяснено их значение. Поэтому я согласен/на с этим расширением, изменением или выполнением других или дополнительных процедур, включая хирургическое вмешательство, которые по мнению врачей больницы будут жизненно важными или необходимыми во время основной операции.

Я также даю своё согласие на выполнение анестезии, как общей, так и местной, в случае если в этом возникнет необходимость по усмотрению лечащих врачей, за исключением

\_\_\_\_\_ (указать подробности, а если нет – указать «Нет»)

Я знаю и согласен/на с тем, что операция и все другие процедуры будут проводиться теми, кому они будут поручены, в соответствии с правилами и положениями больницы, и что мне не гарантируется, что все или часть из них будут проводиться определённым человеком, при условии, что они будут выполняться с принятой в больнице ответственностью в соответствии с законом.

**Краткое изложение объяснений, предоставленных пациенту:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Замечания:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Медицинский Центр  
Гилель-Яффе



Во время беседы присутствовали: \_\_\_\_\_

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

Имя и фамилия опекуна

Подпись опекуна (в случае с некомпетентными, несовершеннолетними или душевнобольными)

Я подтверждаю, что объяснил пациенту/ке/опекуну пациента/ки всё вышеизложенное с необходимыми подробностями, и что он/она в моём присутствии подписал/а своё согласие после того, как я убедился, что он/она в полной мере понял/а мои объяснения.

Имя и фамилия врача (печать)

Подпись врача

Дата и время