

Clinics  
Haifa - Beit Harofim 4 Ben Gurion st.  
Haifa 13 Sherit Hapleta st.  
Nahariya 21 Sokolov st.

1800-331-441  
Tel. 972-4-8550930 טל.  
Tel. 972-4-8550931 טל.  
Tel. 972-4-9824777 טל.  
Fax. 972-4-8550929 פקס  
www.drgovrin.co.il

מרפאות  
חיפה - בית הרופאים, שד' בן גוריון 4  
חיפה - רח' שארית הפליטה 13, דניה  
נהריה - רח' סוקולוב 21

## Бланк согласия на инъекцию наполнителя типа перлайн / рестилайн

Имя: \_\_\_\_\_ Фамилия \_\_\_\_\_

Удостоверение личности № \_\_\_\_\_

Я, нижеподписавшийся прошу выполнить мне инъекцию наполнителем перлайн в области : \_\_\_\_\_

Я заявляю, что я получил/а подробное устное объяснение об ожидаемых результатах, рисках и альтернативных методах лечения, возможных при данных обстоятельствах, в том числе перспективы и риски каждой из процедур.

Я знаю, что перлайн используется в клинической практике в течение нескольких лет, и поскольку он распадается, то не ожидаются и неизвестны долгосрочные последствия его применения. Мне сказали, что в США перлайн утвержден для инъекций в мягкие ткани Министерством здравоохранения, и получила разрешение FDA.

Я знаю, что материал будет оставаться в области инъекции в течение года, но так как у разных людей реакция разная, то этот срок варьируется от одного человека к другому, даже у одного пациента реакция отличается в разное время.

Я согласен/а на выполнение местной анестезии, по усмотрению врача.

Я заявляю, что мне объяснили, и я понимаю, что медицина не точная наука, и нельзя ожидать точно конечного результата инъекций. Поскольку люди не одинаковы с точки зрения анатомического строения и свойств кожи, реакция на инъекцию может отличаться от одного человека к другому. Различная реакция у разных людей может быть также результатом приема различных лекарств. Поскольку речь идет о различных факторах, над которыми хирург не имеет полного контроля, то результаты могут быть разными у разных людей. Поэтому я понимаю, что нельзя ожидать с уверенностью также мою реакцию на инъекцию.

Я знаю, что инъекция может привести к осложнениям и нежелательным побочным явлениям, таким как инфекции, кровоизлияние, кровотечение в месте инъекции, припухлость, боль и тому подобное. Основными осложнениями, которые может вызвать инъекция: асимметрия, отсутствие желаемого результата, образование комочков, кровотечение,

**Clinics** **1800-331-441**

Haifa - Beit Harofim 4 Ben Gurion st. Tel. 972-4-8550930 טל.

Haifa 13 Sherit Hapleta st. Tel. 972-4-8550931 טל.

Nahariya 21 Sokolov st. Tel. 972-4-9824777 טל.

Fax. 972-4-8550929 פקס.

[www.drgovrin.co.il](http://www.drgovrin.co.il)

**מרפאות**

חיפה - בית הרופאים, שד' בן גוריון 4

חיפה - רח' שארית הפליטה 13, דניה

נהריה - רח' סוקולוב 21

гиперпигментация и инфекция.

Я понимаю, что могут быть также осложнения и более редкие побочные явления, которые обычно не происходят, и я не просил/а объяснение этих явлений. Я понимаю, что нельзя точно оценить оптимальное дозу инъекции, она будет сделана по усмотрению врача и по согласованию с пациентом. Мне известно, что любое добавление материала, осуществляется за дополнительную плату.

Я согласен/а на фотографирование моего лица и других частей тела до и после лечения, как принято в пластической хирургии, и я знаю, что вы будете использовать их для научных целей, документирования и мониторинга. Мне объяснили, что медицина вообще, и косметическая хирургия, в частности, не являются точной наукой, и нельзя полностью предотвратить осложнения и нежелательные результаты. Хирург берет на себя обязательство преданно лечить любые осложнения или нежелательные последствия. Тем не менее, мне объяснили, что не производится денежный возврат какого-либо вида из-за осложнения или нежелательных последствий после лечения. Кроме того, не будет покрыт какой-либо финансовый или иной ущерб, причиненный в связи с лечением, такой как потеря рабочих дней, приобретение лекарств, специальные поездки, госпитализация и / или любой прямой или косвенный ущерб, причиненный прямо или косвенно в связи с результатами лечения, которое я буду проходить.

Моя подпись является подтверждением свободного выбора и моего обращения к вышеуказанному доктору для выполнения вышеуказанной процедуры.

Дата : \_\_\_\_\_ Время: \_\_\_\_\_  
Имя: \_\_\_\_\_ Фамилия \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Я подтверждаю, что я подробно объяснил пациенту все вышесказанное, и подпись была поставлена в моем присутствии после того, как я убедился, что объяснение полностью понято.

Дата: \_\_\_\_\_ Время: \_\_\_\_\_ Имя врача \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_