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 операцию век - BLEPHORAPLASTY

Цель операции - удалить излишки кожи и жира с век, операция не удаляет морщины возле глаз. Иногда в операцию также включается коррекция опущенных век - птоз (опущение). Операция может быть сделана как часть операции подтяжки лица.

Обычно операция проводится под местной анестезией с добавлением седативных препаратов.

Имя пациента _____ Фамилия пациента _____

Удостоверение личности № _____

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что я получил/а подробные устные объяснения от доктора _____ по поводу операции верхнего / нижнего века / обоих век *, правого / левого глаза / обоих глаз* (здесь и далее по тексту – «Основная операция»).

Мне объяснили, что требуется / не требуется * растянуть мне веко в сторону и / или вверх, с / без коррекции птоза.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мне объяснили побочные явления после основной операции, включая боль, дискомфорт, припухлость век, тошноту, рвоту, сухость конъюнктивы и слезотечение, кровотечение под кожей вокруг глаз, покраснение глаз и чувство зуда. Рубцы будут хорошо видны в течение нескольких недель, а затем в значительной степени скроются, однако при ближайшем рассмотрении всегда будут видны.

Кроме того, мне объяснили возможные осложнения, в том числе: инфекции, появление кист в районе швов, заметные рубцы, изменение формы открытия глаз, натянутое веко, повреждение слезных желез, которое вызывает сухость конъюнктивита или слезотечение, царапины роговицы, хронические боли в месте операции, временное или постоянное выпадение ресниц (нижнего века), асимметрия между двумя сторонами глаз, а в редких случаях кровотечение, которое требует срочного хирургического вмешательства. В случае коррекции птоза иногда может потребоваться исправление обоих глаз, может быть асимметрия между веками. Кроме того, также может быть рано или поздно повреждение роговицы из-за внутренних швов.

Я даю свое согласие на проведение основной операции.

Мне объяснили, что операция проводится под местной анестезией и глубокой седацией. Анестезиолог даст мне разъяснения по поводу общей анестезии, если это потребуется.

Кроме того, я заявляю и подтверждаю, что мне объяснили, и я понимаю, что существует возможность того, что во время основной операции выяснится, что

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

מרפאות

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

существует необходимость расширения его объема, изменения или осуществления других или дополнительных процедур для спасения жизни или предотвращения физического ущерба, в том числе дополнительных хирургических процедур, которые нельзя предсказать в данный момент или в полном объеме, но их смысл был мне разъяснен. Поэтому, я согласна также на эти расширения, изменения или выполнение других или дополнительных процедур, в том числе хирургических процедур, которые, по мнению врача-хирурга, будут важными или необходимыми во время основной операции.

Я согласен/а на фотографирование до и после лечения 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.

Если будет решено после периода реабилитации, который, как правило, длится около года, что существует необходимость в операции коррекции, она будет осуществляться с согласия обеих сторон и по себестоимости.

Я обязуюсь продолжать проходить периодические проверки у хирурга или лечащего врача, по их назначению, и вовремя сообщать обо всех неожиданных изменениях во время периода выздоровления.

Я подтверждаю, что у меня было время, чтобы внимательно прочитать и получить второе мнение по моему выбору.

Подпись пациента / опекуна в день получения бланка в первый раз: _____

Дата: _____ Время: _____

Подпись пациента / опекуна во второй раз: _____

Дата: _____ Время: _____

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

Печать и подпись врача _____ Дата: _____ Время: _____