

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 носа

Цель операции – исправить внешний вид носа и / или улучшить движение воздуха через нос.

Имя пациента _____

Удостоверение личности № _____

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что я получил/а подробные устные объяснения от доктора _____ по поводу эстетической операции носа / операции перегородки носа / операции по удалению турбин / эстетическое исправление носа*.

Кроме планируемых действий, мне объяснили желаемые результаты и ограниченную способность исправления путем операции, связанную, среди прочего, со строением моего носа, качеством кожи, покрывающей нос, и моим возрастом, и неожиданными явлениями, которые будут обнаружены в процессе основной операции. Мне известно, что результаты операции можно оценить только через год с момента ее проведения.

Я заявляю и подтверждаю, что мне объяснили побочные явления после основной операции, включая боль, дискомфорт, тошноту, рвоту и кровотечение, внешнюю и внутреннюю припухлость, до затруднения дыхания, и подкожное кровоизлияние. Мне объяснили, что в любом случае операции ноздрей останутся рубцы в основании ноздрей. Мне объяснили, что форма рубцов зависит от типа моей кожи и ее способности к излечению. В некоторых случаях развиваются коллоидные рубцы. Мне также объяснили основные риски и осложнения, включая: кровотечение, инфекцию, прокол перегородки носа (в случае исправления перегородки), нарушение осязания, насморк и затруднение дыхания в течение длительного периода. Кроме того, могут быть повреждены глубокие ткани, такие как мышцы и слезные протоки, внешние повреждения кожи носа и асимметрия носа, а также хрящ может выступить через кожу.

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 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

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

нельзя предсказать в данный момент или в полном объеме, но их смысл был мне разъяснен. Поэтому, я согласен/а 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 только по стоимости использования операционной.

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: _____