

**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

## Бланк согласия на операцию по удалению жира – LIPOSUCTION (липосакция)

Липосакция – это хирургическая техника, предназначенная для удаления концентрации лишнего жира с отдельных частей тела. Операция не является заменой снижению веса, после липосакции иногда может потребоваться операция по удалению избытка кожи. Операция проводится под общим, региональным или местным наркозом.

Имя пациент/ки \_\_\_\_\_

Удостоверение личности № \_\_\_\_\_

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что я получил/а подробные устные объяснения от доктора \_\_\_\_\_ по поводу операции по удалению жира в области \_\_\_\_\_ (здесь и далее по тексту – «Основная операция»).

Мне объяснили возможные альтернативные пути решения в обстоятельствах дела, том числе: удаление избытка кожи и жира, и риски по каждой из этих процедур и анализов и процедур, связанных с этим.

Мне объяснили желаемые результаты и ограниченную способность исправления путем операции, то есть, иногда операция по удалению жира может не принести желаемых результатов и / или привести к неоднородному сокращению кожи и появлению ямочек / или изменению цвета, выпуклостям и / или углублениям на поверхности кожи. Двусторонняя липосакция может вызвать асимметрию.

Я заявляю и подтверждаю, что мне объяснили побочные явления после основной операции, включая боль, тошноту, рвоту, дискомфорт, временное или постоянное изменение чувствительности кожи. Мне сказали, что в том месте, где будет введен аппарат для выкачивания жира, останется рубец. Форма рубцов зависит от типа моей кожи и ее способности к излечению. В некоторых случаях развиваются коллоидные рубцы (красные, видимые и вызывающие зуд).

Кроме того, мне также объяснили возможные риски, в том числе: кровотечение, инфекция и скопление жидкости (сыворотки) в тех областях, где была проведена липосакция. Также может быть повреждена кожа, воспаление вен, поверхностное и глубокое, в очень редких случаях имеет место эмболия легких и головного мозга, а также проникновение в брюшную полость или грудную клетку, вплоть до летального исхода.

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

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 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 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_