

Заявление об информированном согласии на операцию в условиях местной анестезии.

Я(пациент) _____
(Ф.И.О. заполняется собственноручно пациентом)

В соответствии со ст.30, 31, 32 и 33 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22.07.03г. проинформирован о том, что мне необходимо выполнить оперативное вмешательство

(наименование операции заполняется лечащим врачом)

в условиях местной анестезии с использованием следующих препаратов:

1. Я поставлен в известность, что цель этой операции – получение наиболее благоприятного результата лечения из тех, которые возможны при моем состоянии. Мне разъяснены основные этапы операции:

- имплантация с введением костных препаратов
- забор и постановка костного блока
- постановка костного блока (аллотрансплантация)
(ненужное зачеркнуть)

и ушивание операционной раны.

Я понял, в чем смысл операции и анестезии, и не имею по этому поводу вопросов к медперсоналу. Я согласен на проведение операции и анестезии в предложенном объеме. Я сообщил сведения о наличии у меня сопутствующих и перенесенных ранее заболеваний.

2. Мне известно, что сам по себе факт выполнения операции не приводит к выздоровлению автоматически. Мне известно, что 100%-ной гарантии хороших результатов, как операции, так и лечения в целом дано быть не может.

3. До моего сведения доведено, что планируемая операция не связана с устранением непосредственной угрозы для моей жизни, поэтому потребность в ней не является абсолютной.

Потому, сознавая все вышеизложенное, я обращаюсь к персоналу клиники «Доктор Петрофф» с просьбой о проведении оперативного вмешательства в условиях местной анестезии препаратами с минимальными побочными эффектами. Обязуюсь в послеоперационном периоде выполнять все рекомендации врачей.

4. Мне известно также, что при несоблюдении мною лечебных предписаний или правил внутреннего распорядка лечебного учреждения лечащий врач вправе отказаться от наблюдения и лечения пациента.

Дата, подпись пациента _____

Дата, подпись лечащего врача _____