



Кроме этого, мне было предоставлено разъяснение возможных рисков и осложнений процедуры, в том числе: кровотечение, инфекция, шум в ушах, головокружение в связи с повреждением внутреннего уха, временный или перманентный паралич лицевого нерва, ухудшение нарушений слуха, глухота, разрыв мозговых оболочек и вытекание спинномозговой жидкости, менингит, воспаление мозга, обширное кровоизлияние вследствие повреждения крупных кровеносных сосудов.

Настоящим даю свое согласие на проведение операции.

Настоящим заявляю и подтверждаю, что мне разъяснено и понятно существование вероятности того, что в процессе проведения инвазивной процедуры, может возникнуть необходимость в расширении ее объемов, ее модификации или в проведении иных или дополнительных процедур для спасения жизни или предотвращения физического ущерба, в том числе дополнительных видов инвазивного вмешательства, которые не могут быть с уверенностью или в полном объеме предсказаны на данном этапе, однако, значение которых мне было разъяснено. Выражаю свое согласие на вышеописанное расширение объемов, модификацию данной инвазивной процедуры и проведение иных или дополнительных процедур, включая хирургические, которые доктора данного медицинского учреждения в ходе процедуры сочтут необходимыми для спасения жизни или для проведения процедуры.

Мне известно, что процедура будет проведена под общей анестезией и что соответствующие разъяснения будут предоставлены мне анестезиологом.

Я осознаю и согласен на то, что данная процедура и любые иные процедуры будут проведены лицом, назначенным для проведения таковых в соответствии с внутренним распорядком и инструкциями лечебного учреждения, при условии, что процедуры будут проведены в рамках ответственности, принятой на себя медицинским учреждением и установленной законодательством; заверений о том, что вся процедура или ее часть будет проведена каким-либо конкретным лицом мне предоставлено не было.

---

Дата	Время	Подпись пациента
------	-------	------------------

---

Имя опекуна (род отношений с пациентом) несовершеннолетних или психически неполноценных пациентов)	Подпись опекуна	(для недееспособных,
---	-----------------	----------------------

Настоящим подтверждаю, что мной предоставлены устные разъяснения пациенту/ опекуну пациента\* в отношении всего вышесказанного, в необходимых подробностях, а также что данное согласие было подписано пациентом в моем присутствии после того, как я убедился в полном понимании моих разъяснений пациентом.

---

Имя лечащего врача	Подпись лечащего врача	лицензия №
--------------------	------------------------	------------

\* Ненужное вычеркнуть

החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ



ההסתדרות הרפואית בישראל  
איגוד רופאי אף-אוזן-גרון וכירורגיה של ראש צוואר



החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ



הסתדרות הרפואית בישראל  
איגוד רופאי אף-אוזן-גרון וכירורגיה של ראש צוואר

