

Согласие на электросудорожную терапию

_____ : имя: _____ фамилия _____ Мне было разъяснено, что я \ что больной
: нахожусь на данный момент в душевном состоянии, проявляющемся в

Мне было разъяснено, что в моем душевном состоянии я могу пройти лечение, или
.повторное лечение электросудорожной терапией

Мне было разъяснено, что лечение проводится при помощи специальной аппаратуры, в
.височной области головы прикрепляются электроды, и по ним пускается ток

Мне было разъяснено, что любое медицинское лечение может вызвать осложнения, и
несет за собой потенциальный риск. Лечение может вызвать такие эффекты как: головная
боль, боли в мышцах, ощущение «туманности», проходящее нарушение короткой памяти.

Лечение предоставляется под общим наркозом, для релаксации мышц поэтому, несет в
.себе потенциальный риск, сопровождающий общий наркоз

После того, как я понял все вышесказанное, и после того, как мне была предоставлена
возможность задать вопросы и получить на них четкие ответы, я согласен не предложенное
: мне лечение

1. Больной

_____ имя: _____ фамилия: _____ номер удостоверения личности
_____ адрес: _____ дата _____ подпись

2. Родственник

_____ имя: _____ фамилия: _____ номер удостоверения личности
_____ адрес: _____ дата _____ подпись

3. Врач, принимающий согласие пациента

_____ имя: _____ фамилия: _____ номер лицензии _____ Я, доктор
заявляю, что я объяснил все вышесказанное. После того, как я ответил на все его
вопросы, и удостоверился в том, что он понял вышесказанное, относительно
предлагаемого лечения, в том числе его преимущества, риски и осложнения, он
.подписал бланк согласия в моем присутствии

_____ : подпись врача _____ дата: _____

