



предсказаны на данном этапе, однако, значение которых мне было разъяснено. Выражаю свое согласие на вышеописанное расширение объемов, модификацию данной 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.

Я также даю свое согласие на применение местных анестетиков, как путем внутривенного введения седативов, так и без такового; мне предоставлены разъяснения рисков и осложнений местных анестетиков, в том числе аллергические реакции различной степени тяжести, и возможные осложнения в связи с использованием седативов, которые могут, в редких случаях, вызвать расстройства дыхательной или сердечно-сосудистой системы, особенно среди пациентов, страдающих от сердечно-сосудистых или респираторных заболеваний.

Мне известно, что, если процедура будет проведена под общей анестезией, 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, несовершеннолетних или психически неполноценных пациентов)
---	--

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