



В в полном объеме невозможно; в то же время, их смысл мне разъяснен. В связи с этим я даю согласие на расширение/ изменение вмешательства или выполнение иных/дополнительных процедур, в том числе хирургических, которые, по мнению врачей лечебного учреждения, будут необходимы по ходу Основной операции.

а также даю согласие на местную анестезию, после того как мне были разъяснены связанные с ней факторы риска и возможные осложнения, в т.ч. кровотечение, инфекция, повреждение глаза и, в редчайших случаях, потеря зрения. В случае если будет принято решение о проведении операции под общим наркозом, мне будет дано отдельное разъяснение анестезиологом.

а знаю и выражаю согласие на то, что операция и все прочие процедуры будут выполнены тем специалистом, которому они будут поручены, в соответствии с регламентом и правилами больницы; мне не предоставляются гарантии того, что все упомянутые процедуры или некоторые из них будут выполнены тем или иным определенным специалистом. Единственное, что мне гарантируется – это то, что операция и все прочие процедуры будут осуществлены с ответственностью, принятой в больнице и предусмотренной действующим законодательством.

---

Дата Время Подпись пациента

---

Имя опекуна (род отношений с пациентом) 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