

Настоящим я заявляю и подтверждаю следующее: из полученных мною объяснений я понял/а, что в процессе выполнения основной операции может выясниться, что необходимо расширить ее объем, изменить ее характер или предпринять другие или дополнительные действия для спасения жизни больного или предотвращения осложнений, в том числе и дополнительные хирургические вмешательства. Все это невозможно предвидеть сейчас с уверенностью и полнотой, но я получил необходимые разъяснения, и смысл их мне понятен. С учетом сказанного, я даю согласие на это расширение объема и изменение характера основной операции, равно как и на выполнение других или дополнительных действий, включая хирургические вмешательства, которые в соответствии с профессиональными соображениями врачей лечебного учреждения будут жизненно важными или необходимыми в процессе основной операции.

Я согласен/на с тем, что основная операция будет произведена под местной анестезией в случае, если будет принято соответствующее решение, будучи осведомлен об опасностях и возможных осложнениях местной анестезии, включая аллергическую реакцию различной степени тяжести на анестезирующие препараты.

Мне известно, что основная операция обычно производится под общим наркозом или регионарной анестезией и что соответствующие разъяснения я получаю от врача-анестезиолога.

Мне известно и я даю свое согласие на то, что основная операция и все другие действия будут произведены лицами, на которых возложена эта обязанность в соответствии с правилами и инструкциями лечебного учреждения, под его ответственность и в соответствии с законом. При этом мне не было обещано, что указанные действия полностью или частично будут выполнены какими-либо конкретными лицами. Ответственным за

операцию будет _____

שם הרופא

фамилия врача

חתימת החולה подпись больного	שעה час	תאריך дата
_____	_____	_____
חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) подпись опекуна (в случае, если больной недееспособен, несовершеннолетний или душевнобольной)		שם אפוטרופוס (קירבה) фамилия опекуна (степень родства)

Я подтверждаю, что объяснил/а устно больному/опекуну больного* все вышесказанное и необходимое достаточно подробно, и что он/она подписал/а в моем присутствии настоящий бланк согласия после того, как я убедился/ась, что мои объяснения поняты в полном объеме.

מס' רישיון номер лицензии	חתימת הרופא/ה подпись врача	שם הרופא/ה фамилия врача
_____	_____	_____