



**TLV
MEDICAL**

TLV מדיקל | הברזל 15 תל אביב
טל. 077-9807500 פקס. 03-5290231
www.tlvmedical.com

טופס הסכמה: ניתוח קוסמטי של האוזניים

OTOPLASTY

БЛАНК СОГЛАСИЯ: КОСМЕТИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ НА УШНОЙ РАКОВИНЕ

Операция относится к числу косметических и предназначена для исправления неправильного положения ушной раковины или устранения других косметических дефектов уха.

Операция производится под местной анестезией с добавлением успокаивающих препаратов или под общим наркозом.

Данные больного _____

ש.ת.	שם האב	שם פרטי	שם משפחה
	номер паспорта	имя отца	фамилия
		имя	

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил подробное устное объяснение от доктора _____

ש	שם משפחה	שם פרטי
	фамилия	имя

о косметической операции на правом/левом ухе/на обоих ушах*. Существенные особенности операции

(в дальнейшем: «основная операция»).

Я получил/а объяснения о желаемых результатах операции, о присущих ей ограничениях в отношении возможности исправления деформации, а также о существующей вероятности возникновения асимметрии и/или возвращения ушной раковины в исходное положение.

Настоящим я заявляю и утверждаю что я осведомлен/а о сопутствующих явлениях, связанных с основной операцией, включая боль, дискомфорт и изменение чувствительности кожи ушной раковины. Мне объяснено, что в процессе операции производятся разрезы кожи на передней или задней поверхности ушной раковины и разрезы самого хряща ушной раковины, и что во всех случаях на месте проведения операционных разрезов образуются рубцы. В тех случаях, когда удаляется часть хряща ушной раковины, возможно образование складки кожи на передней поверхности ушной

раковины. Мне известно, что форма и характер рубцов зависят от индивидуальных особенностей моей кожи и ее способности к заживлению, и что в некоторых случаях образуются келоидные рубцы.

Кроме того, я знаю о возможных опасностях и осложнениях, включая: инфекцию вплоть до разрушения кожи и/или хряща; расхождение краев разреза; снижение чувствительности кожи ушной раковины.



**TLV
MEDICAL**

TLV מדיקל | הברזל 15 תל אביב
טל. 077-9807500 פקס. 03-5290231
www.tlvmedical.com

Настоящим я даю свое согласие на проведение основной операции.

Настоящим я заявляю и подтверждаю следующее: из полученных мною объяснений я понял, что в процессе выполнения основной операции или после ее 1998 מבט

окончания может выясниться, что необходимо расширить объем вмешательства и/или изменить его характер; возможно, что потребуются также другие дополнительные действия для спасения жизни больного или предотвращения осложнений, в том числе и 1998 מבט /PLAST/SURG/1879/0106 'ט

хирургические вмешательства. Мне известно, что невозможно предвидеть заранее возникновение и характер осложнений, равно как и объем требуемых лечебных мероприятий. Я полностью понимаю смысл вышесказанного как в плане возможных осложнений, так и в отношении мероприятий, необходимых для их лечения. С учетом сказанного, я даю согласие на расширение объема и изменение характера основной операции, равно как и на выполнение других/дополнительных действий, включая хирургические вмешательства, которые в соответствии с профессиональными соображениями врачей лечебного учреждения представляются жизненно важными/необходимыми в процессе основной операции.

Я даю согласие также на проведение местной анестезии в сочетании с внутривенным введением успокаивающих препаратов или без применения последних. Мне известны опасности и осложнения местной анестезии, включая аллергическую реакцию разной степени выраженности на анестезирующие препараты; мне также известны возможные реакции на успокаивающие препараты, которые в редких случаях могут вызвать нарушение дыхательной функции и деятельности сердца, в основном у больных, страдающих

заболеваниями сердца и дыхательной системы.

Если будет принято решение о проведении операции под общим наркозом, то соответствующие объяснения я получу 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/ה
имя врача

חתימת החולה
подпись больного

שעה
час

תאריך
дата



**TLV
MEDICAL**

TLV מדיקל | הברזל 15 תל אביב
טל. 077-9807500 פקס. 03-5290231
www.tlvmedical.com

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)
подпись опекуна (в случае, если больной недееспособен, несовершеннолетний или душевнобольной)

שם אפוטרופוס (קירבה)
фамилия (степень родства)

Я подтверждаю, что дал/а подробные устные объяснения всего вышесказанного и необходимого больному/опекуну больного*, 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

* Зачеркнуть лишнее и обвести кружком нужное

** Заполнить, если больной/ая лечится частным образом