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

טופס הסכמה: ניתוח אף
RHINOPLASTY
Ринопластия

Пластическая операция на носу проводится с косметической целью и/или для улучшения прохождения воздуха. Операция проводится под местным наркозом с добавкой успокоительных лекарств, или под общим наркозом.

имя пациента/ки: _____ _____ _____ _____

фамилия имя имя отца

паспорт שם משפחה שם פרטי שם האב ת.ז.

Я подтверждаю здесь устное получение подробной информации от доктора _____ _____

Фамилия имя

שם משפחה שם פרטי רופא:

Об операции на носу с целью исправления косметических дефектов и/или для улучшения прохождения воздуха.* מטרת הניתוח:_____

Операция включает: выпрямление перегородки/ удаление носовых турбин/ эстетическое исправление.* планируемые действия_____.

(далее: «данная операция») הפעולה המתוכננת

Я осведомлен/а о желаемых результатах и об ограниченных возможностях исправления, связанных со строением моего носа, с типом кожи на носу, с моим возрастом, и с обнаруженными во время операции нарушениями. Я подтверждаю, что осведомлен/а о побочных явлениях операции, включая боль, дискомфорт, наружнее и внутреннее опухание вплоть до затрудненного дыхания, и кровоподтеки. Я знаю, что в любом случае в последствии на носу останутся шрамы , около основания ноздрей. Я знаю, что форма шрамов зависит от типа и качеств заживания моей кожи, и в некоторых случаях развиваются келоидные рубцы. Также я осведомлен/а о возможных осложнениях, включая: кровотечение, инфекцию, прокол перегородки, нарушение обоняния, насморк и затрудненное дыхание на долгий период времени. Также возможно повреждение глубоких тканей, таких как мышцы или слезовыводящий канал. Возможна асимметричность носа вследствии операции. Я даю здесь свое согласие на проведение данной операции.

Также я даю здесь свое согласие на проведение местной анестезии с/без внутривенной инъекции успокоительных лекарств. Я ознакомлен/а с риском и с осложнениями местной анестезии, включая разной степени аллергическую реакцию, и возможную реакцию на успокоительные препараты, которые в редких случаях причиняют нарушения дыхания и работы сердца, особенно у сердечных и у легочных больных. Если

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

будет избран общий наркоз, я получу объяснения от анестезиолога. Я знаю и согласен/а с тем что операция и все дополнительные процедуры будут проводиться соответствующим персоналом, согласно правилам и инструкциям медицинского учреждения, и мне не обещано, что они будут исполнены, вполностью или частично, кем-то конкретно, при условии что они будут исполнены под ответственность учреждения согласно закону; и ответственным за операцию будет**

_____
שם הרופא

_____	_____	_____
подпись пациента/ки	время	дата
חתימת החולה	שעה	תאריך

_____	_____
имя опекуна (родство)	подпись опекуна (в случае недееспособного , малолетнего, душевнобольного)
שם האפוטרופוס (קירבה)	חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה או בעזרת מתורגמן/ית לחולה/ לאפוטרופוס של החולה* את האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

_____	_____	_____
מס' רשיון	חתימת הרופא	שם הרופא

*מחק/י את המיותר והקף/י בעיגול את המתוכנן.
**מלא/י במקרה של חולה פרטי/ת.