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

הסכמה: ניתוח מתיחת פנים

FACELIFT

БЛАНК СОГЛАСИЯ: ОПЕРАЦИЯ ПОДТЯЖКИ ЛИЦА

Операция относится к числу косметических и производится с целью подтяжки кожи лица и шеи, а также для удаления излишнего жира в области лица. Операция не предотвращает процесс старения кожи.
Операция проводится под местной анестезией с добавлением успокаивающих препаратов или под общим наркозом.
Данные больного _____ _____ _____ _____
שם משפחה שם פרטי שם האב ת.ז.
фамилия имя имя отца номер паспорта

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил подробное устное объяснение от доктора _____ _____
שם שם משפחה
פרטי
имя фамилия
об операции подтяжки кожи лица и других участков тела. Я получил/а объяснение в отношении других принятых методов оперативного лечения и избранного для меня способа операции. После обследования принято решение о выполнении операции в следующем объеме: подтяжка лица – шеи/подтяжка лба/исправление век/пилинг области рта*.
Дополнительные воздействия и подробности выполнения _____ (в дальнейшем: "основная операция»).

Я осведомлен/а о желаемых результатах операции, о свойственных ей ограничениях в отношении возможностей устранения дефектов, о существующей вероятности возникновения асимметрии лица после операции.
Мне известно о сопутствующих явлениях после основной операции, включая боль и дискомфорт, выраженную припухлость и чрезмерное натяжение кожи лица, нарушение чувствительности кожи. Все эти явления проходят через некоторое время.

Мне объяснено, что в местах проведения разрезов всегда образуются рубцы, и что форма и характер этих рубцов зависят от индивидуальных особенностей моей кожи и ее способности к заживлению. В некоторых случаях могут образоваться келоидные рубцы.

Кроме того, я осведомлен/а о возможных осложнениях основной операции, включая кровотечение, инфекцию, зияние краев разрезов, некроз тканей в местах разрезов и отсутствие волос в области рубцов. Кроме того, возможно повреждение нервов,

которое способно вызвать паралич с сопутствующей ему асимметрией лица и/или нарушение чувствительности кожи лица.
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 דצמבר 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 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** _____
имя врача שם הרופא/ה

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

_____	_____	_____
חתימת החולה подпись больного	שעה час	תאריך дата

_____	_____
חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) подпись опекуна (в случае, если больной недее способен несовершеннолетний или душевнобольной)	שם אפוטרופוס (קירבה) фамилия опекуна (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