

**РАСПИСКА ПАЦИЕНТА(КИ) О ПОНИМАНИИ ЕГО (ЕЕ) ЛИЧНОЙ  
ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ**

1. Я,

проживающий (ая) по адресу: Краснодарский край

телефон №

прошу

провести оперативное лечение, направленное на

выберите из списка

и заключить для этого соответствующий договор.

Заявляю, что помимо изложенных лечащим врачом данных о состоянии своего здоровья, я не имею сведений о наследственных, венерических, психических и других тяжелых заболеваний в моей семье.

Мне известно, что для достижения хороших результатов лечения может потребоваться не одна попытка оперативного лечения.

Я ознакомлена: а) с принципом оказываемого оперативного лечения и ожидаемом при этом эффекте; б) с техникой и спецификой выполняемого оперативного пособия; в) с техникой и спецификой анестезиологического пособия или местной анестезии, а также обезболивания в послеоперационном периоде; г) с необходимостью предоперационной подготовки; д) с особенностями послеоперационного периода.

Я предупреждена о необходимости выполнять все рекомендации врачей и медперсонала, а также о том, что указанное лечение может сопровождаться осложнениями, как во время оперативного вмешательства, так и в послеоперационном периоде.

Я предупрежден/а, что указанное лечение сопряжено с материальными затратами и что в случае нарушения порядка лечения по моей вине, в его продолжении может быть отказано.

Мне известно, что проведение хирургического лечения может сопровождаться следующими, иногда тяжело протекающими и требующими госпитализации и экстренного оперативного вмешательства, осложнениями: аллергической реакции на вводимые препараты, обострением хронического воспалительного процесса, травмой кровеносных сосудов, а также кровотечением из оперируемой области.

Я предупреждена о том, что введение препаратов, используемых во время оперативного вмешательства, а также после него, может сопровождаться побочными эффектами, описанными в аннотациях к этим препаратам и медицинской литературе, что если лечение проводится с использованием местной или общей анестезии, возможны осложнения, связанные с анестезией.

Мне известно, что до начала лечения или в его процессе, помимо обязательных предварительных исследований, может потребоваться проведение дополнительных исследований, а также обследование врачами-специалистами. Я согласен/на с тем, что плата за проведение обязательных и дополнительных исследований не является частью стоимости заявляемого мною лечения, и обязуюсь вносить её полностью и своевременно.

**Я подтверждаю своей подписью, что согласна на операцию.**

Пациент:

ФИО

подпись

00.01.1900

число