

## СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

1. Я, проживающий (ая) по адресу: Краснодарский край телефон № \_\_\_\_\_ прошу провести оперативное лечение, направленное на коррекцию инволюционных изменений овала лица по методике «Силуэт лифт» и теме же материалами (нити Силуэт лифт) и заключить для этого соответствующий договор.
2. Заявляю, что помимо изложенных лечащим врачом данных о состоянии своего здоровья, я не имею сведений о наследственных, венерических, психологических и других тяжелых заболеваний в моей семье. Мне известно, что для достижения хороших результатов может потребоваться не одна попытка оперативного вмешательства.
3. Я ознакомлен/а: а)с принципом оказываемого оперативного вмешательства 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.
4. Я предупрежден /а 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.
5. 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 вмешательства 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.
6. Я предупрежден /а о том, что введение препаратов, используемых во время оперативного вмешательства, а препаратам и медицинской литературе, что если лечение проводится с использованием местной или общей анестезии, возможны осложнения, связанные с анестезией. Я обязуюсь в случае возникновения или выявления указанных осложнений за пределами Клиники, равно как и в случае даже минимальных, необъяснимых другими причинами, отклонений в своем здоровье, ставить об этом в известность сотрудников Клиники и беспрекословно выполнять их рекомендации.
7. Обязуюсь своевременно и полностью лично и другими путями оплачивать лечение в соответствии с приложенным Договором и установленными в Клинике тарифами, а также информировать сотрудников Клиники о результатах проведенного ими лечения. Мне известно, что до начала лечения или его в процессе, помимо обязательных предварительных исследований, может потребоваться проведения дополнительных исследований, а также обследование врачами-специалистами.
- Я согласен /а с тем, что плата за проведение обязательных и дополнительных исследований не является частью стоимости заявляемого мною лечения, и обязуюсь вносить ее полностью и своевременно.
- Я подтверждаю своей подписью, что согласен(а) на операцию.**

Пациент:

ФИО

подпись

00.01.1900

число