



центр диагностики и лечения

**АКАДЕМИЯ VIP**

ООО «Академия-ВИП» ИНН 5260140104, КПП 526001001, ОКПО 74441464 603000, г. Нижний Новгород, ул. Студеная, д.57 тел./факс +7 (831) 439-77-77, +7 (831) 270-00-00, р/с 40702810242050005072 в Волго-Вятского банке Сбербанка РФ г. Н. Новгород, к/с 30101810900000000603, БИК 042202603 E-mail: info@academy-vip.com, сайт: www.academy-vip.com

## СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОПЕРАЦИЮ

1. Я,

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

"\_\_" \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)  
проживающий по адресу:

\_\_\_\_\_ (указывается в случае проживания не по месту регистрации)  
в отношении (если ребенок - вписывает ребенок)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

"\_\_" \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу:  
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

\_\_\_\_\_ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение мне операции в ООО «Академия ВИП»  
врачом (ФИО врача)

2. Содержание и результаты операции, возможные опасности и осложнения, а также возможности альтернативных методов лечения мне полностью разъяснены врачом, и я их целиком осознал (осознала).

Особенно важными и полностью ясными для меня являются следующие положения об особенностях операции и послеоперационного периода:

- в результате операции на коже остаются следы от разрезов в виде тонких рубцов и несмотря на то, что все будет сделано для того, чтобы они были незаметными, рубцы могут оставаться видимыми;

- отек тканей и гематомы в области операции и местах введения имплантатов (если таковое проводилось) и изменение цвета кожи в некоторых зонах могут сохраняться в течение нескольких недель;

- в течение нескольких недель после операции могут сохраняться зоны сниженной чувствительности на коже, в последующем чувствительность медленно улучшается;

3. Во время и после операции возможно развитие любых общехирургических осложнений (нагноение раны, кровотечение, тромбофлебит, образование келоидных рубцов и др.), а также следующих ситуаций, характерных для операции:

- под кожей могут образовываться уплотнения, которые постепенно рассасываются, иногда в течение нескольких месяцев;

4. Я осознаю, что две половины человеческого тела (лица) всегда имеют различия в форме и размерах и эти различия остаются после операции.

5. Я понимаю, что хирургия - это не точная наука, и что даже опытный и авторитетный хирург не может абсолютно точно гарантировать получение желаемого результата. Никто, в том числе врач, не может обещать мне этого.

6. Мне не известно о моей повышенной чувствительности к веществам и медикаментам кроме \_\_\_\_\_

7. Я поставил в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, об применяемых лекарственных средствах. Я сообщил правдивые сведения о наследственности, а также о употреблении алкоголя, о наркотических и токсических средств.

8. В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, и их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

9. Информирован (-а) о том, что медицинская помощь оказывается в соответствии Порядками, стандартами и клиническими рекомендациями, но иногда, в зависимости от индивидуальной клинической ситуации, пояснённой мне врачом в доступной форме, её объём может быть изменен в большую или меньшую сторону. Сроки оказания медицинской помощи зависят от клинической ситуации.

10. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от данного вида помощи.

11. Мне полностью объяснили суть и цели планируемого метода анестезии, его достоинства, недостатки, а также возможные осложнения, которые могут возникнуть при проведении данного вида обезболивания.

12. Я осознаю, что в ходе анестезии могут возникнуть непредвиденные обстоятельства, меняющие оговоренный ранее со мной характер действий медицинского персонала или требующие изменения хода объема анестезии. Я согласен (согласна) на выполнение этих добавочных действий, которые сочтет необходимыми врач или врач-анестезиолог по его усмотрению.

13. Я удостоверяю, что я ознакомился (ознакомилась) с приведенной выше информацией, что полученные мной объяснения меня целиком удовлетворяют, и что я полностью понимаю назначение данного документа, подтверждаю свое добровольное информированное согласие на операцию в данном объеме и прошу ее выполнить.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323 — ФЗ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь( ненужное зачеркнуть):

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

---

(фамилия, имя, отчество, (при наличии) гражданина, контактный телефон)

---

(Подпись), (фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя, телефон)

---

Расписался в моем присутствии:

Администратор или Медицинский работник \_\_\_\_\_  
подпись \_\_\_\_\_

"\_\_" \_\_\_\_\_ г.

(дата оформления)