



включая удаление без микроскопического контроля, замораживание жидким азотом, местное облучение или разрушение опухоли лазерным лучом; о видах обследования, лечения, опасностях и осложнениях, связанных с каждым из этих способов.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил/а объяснения относительно сопутствующих явлений после основной операции, к которым относятся покраснение, припухлость, боли и дискомфорт. Кроме того, мне известно о возможных осложнениях в процессе основной операции и после нее, включая местное кровотечение и местную инфекцию, а также расхождение швов и неприживление лоскута на ножке или свободного лоскута в результате указанных осложнений. Эти осложнения встречаются редко.

Дополнительные осложнения, связанные с операцией _____

Настоящим я даю свое согласие на выполнение 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 вызывать 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 конкретными лицами.

Ответственным за операцию будет** _____

שם הרופא/ה имя врача

חתימת החולה подпись больного	שעה час	תאריך дата
חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) подпись опекуна (в случае, если больной недееспособен, несовершеннолетний или душевнобольной)		שם אפוטרופוס (קירבה) фамилия опекуна (степень родства)

Я подтверждаю, что дал/а подробные устные объяснения всего вышеуказанного 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

