

## Бланк согласия на операцию по уменьшению груди BREAST REDUCTION

Операция по уменьшению груди является эстетической операцией, но в некоторых случаях выполняется по медицинским показаниям. Операция проводится при полной анестезии.

Мне было дано объяснение о других методах лечения, возможных при данных обстоятельствах, о преимуществах, недостатках, а также шансах каждого из них

Мне было дано объяснение о желаемых результатах основной операции, а также о ее ограничениях, в том числе асимметрию молочных желез.

Я заявляю и подтверждаю, что мне было дано объяснение о побочных эффектах после основной операции, в том числе: боль и дискомфорт. Кроме того, мне было объяснено, что в некоторых случаях после операции по уменьшению груди у меня не будет возможности кормить грудью младенца.

Мне было объяснено, что в любом случае останутся шрамы на молочной железе и под ней.

Мне было объяснено, что шрамов зависит от моего типа кожи и ее способности к заживлению; в некоторых случаях могут образовываться келоидные рубцы.

Кроме того, мне было дано объяснение о возможных осложнениях, в том числе: кровотечение, инфекция, расхождение краев разрезов, нарушение чувствительности сосков, вероятность развития частичного некроза соска и ареолы или ткани молочной железы, что в редких случаях требует хирургического вмешательства.

Я даю свое согласие на проведение основной операции.

Кроме того, я заявляю и подтверждаю, что мне было объяснено, и что я понимаю, что существует вероятность того, что в ходе выполнения основной операции выяснится, что потребуется выполнить ее в большем объеме, изменить ее или предпринять другие или дополнительные шаги для спасения жизни или предотвращения телесного ущерба, включая хирургические действия, которые на данный момент невозможно предвидеть с уверенностью или полностью, но смысл которых мне был объяснен. Поэтому я даю свое согласие на это расширение объема, изменение или принятие других или дополнительных шагов, включая хирургические действия, которые, по мнению врачей, работающих в медицинском учреждении, потребуются или будут необходимы во время проведения основной операции.

Мне было объяснено, что операция будет выполнена под общей анестезией, и объяснение об анестезии будет дано анестезиологом.

Мне известно, и я согласна с тем, что основная операция и все другие процедуры будут выполнены лицами, на которых возложена эта обязанность согласно правилам и инструкциям лечебного учреждения, под его ответственность и в соответствии с законом; и что мне не обещано, что они будут выполнены полностью или частично определенным человеком.

**Я, нижеподписавшаяся, осведомлена о том, что во время моей выписки врача, который меня оперировал, возможно, не будет в больнице. В таком случае я даю свое согласие на то, чтобы другой врач провел процедуру выписки вместо него.**

Подпись пациента / חתימת המטופל: \_\_\_\_\_



Имя пациента: \_\_\_\_\_  
(שם המטופל/ת) \_\_\_\_\_  
Фамилия /  
שם משפחה /  
Имя /  
שם פרטי /  
Отчество /  
שם האב /  
שם פרטי /  
Номер уд. личности /  
ת.ר. /

Я заявляю и подтверждаю, что получил/а  
подробное устное объяснение от доктора (ד"ר) \_\_\_\_\_  
Фамилия /  
שם משפחה /  
Имя /  
שם פרטי /

об операции по уменьшении обеих молочных желез (שדיים) / правой / левой  
(שדיימן) \* молочной железы (далее: основная операция).

Дата / תאריך / \_\_\_\_\_  
Время /  
שעה / \_\_\_\_\_  
Подпись пациента /  
חתימת המטופל/ת / \_\_\_\_\_

Имя опекуна (степень родства) /  
שם האפוטרופו (קרבה)  
Подпись опекуна (в случае неправоспособного, несовершеннолетнего или  
душевнобольного) (במקרה של פסול דעת, קטין או חיללה נפש) / \_\_\_\_\_  
חתימת האפוטרופו (במקרה של פסול דעת, קטין או חיללה נפש) / \_\_\_\_\_

Я подтверждаю, что устно объяснил/а пациенту/ке / опекуну пациента/ки  
(לאפוטרופו של мотопел/ת) \* приведенную выше информацию с требуемым уровнем  
подробности, и что он/а поставил/а свою подпись на бланке согласия в моем присутствии  
после того, как я убедился/лась, что он/а полностью понял/а мои объяснения.  
אני מאשר/ת כי הסברתי ביעיל פה למוטופל/ת / לאפוטרופו של המטופל/ת \* את כל האמור לעיל בפירות הדrush ו/או  
הו/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעת/י הבין/ה את הסבריו במלואם.

Имя врача /  
שם הרופאה / \_\_\_\_\_  
Подпись /  
חתימה / \_\_\_\_\_  
Номер лицензии /  
מספר רישיון /  
\_\_\_\_\_

\*Ненужное зачеркнуть (\*מחק/י את המיותר)