



## Бланк согласия на хирургическую подтяжку лица FACELIFT

Данная операция является эстетической и предназначена для того, чтобы подтянуть кожу лица и шеи и удалить излишки жира в области лица. Данная операция не останавливает процессы старения кожи.

Операция выполняется под местным наркозом с применением седативных средств, или под общей анестезией.

Я заявляю и подтверждаю, что мне было дано объяснение о других возможных методах лечения при данных обстоятельствах, включая все перспективы и риски, связанные с каждым из этих процессов.

Мне было дано объяснение об ожидаемых результатах и ограничениях хирургической коррекции, а также о возможности образования асимметрии лица.

Мне было дано объяснение о побочных эффектах после основной операции, в том числе: боль и дискомфорт, значительный отек и чрезмерное натяжение кожи лица, а также нарушения чувствительности, которые пройдут спустя какое-то время. Мне было объяснено, что в любом случае в области разрезов останутся шрамы. 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 разъяснение касательно возможных осложнений, в том числе: кровотечение, инфекция, расхождение краев разрезов, некроз ткани в области разрезов и отсутствие волос в областях разрезов. Кроме того, возможен ущерб нервам, выражающийся в параличе, вплоть до асимметрии лица и/или нарушении чувствительности.

Я даю свое согласие на проведение основной операции.

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, включая дополнительные 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.

Я также даю свое согласие на выполнение местной анестезии - с внутривенным введением седативных препаратов или без него - после того, как мне были разъяснены возможные риски и осложнения местной анестезии, в том числе аллергические реакции разной степени выраженности на различные препараты анестезии, а также возможные осложнения при использовании седативных препаратов, которое в редких случаях может приводить к расстройствам дыхания и расстройствам сердечной деятельности, в основном у пациентов с заболеваниями сердца и расстройствами дыхательной системы.

Если будет решено провести основную операцию под общей анестезией, анестезиолог даст мне разъяснения касательно этой анестезии.

Мне известно, и я согласен/а с тем, что основная операция и все другие процедуры будут выполнены теми, кому они будут поручены 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.

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

**Я, нижеподписавшийся / нижеподписавшаяся, осведомлен/а 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.**

Имя пациента: \_\_\_\_\_  
(שם המטופל/ת)      שם משפחה /      שם פרטי /      שם האב /      שם האם      ח.ת.מ. /      ח.ת.מ. /      ח.ת.מ. /      ח.ת.מ.

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

об операции по подтяжке лица и о запланированных для подтяжки зонах. Мне было дано объяснение о стандартных операционных методах и об избранном операционном методе. После осмотра было решено выполнить подтяжку лица – шеи (צוואר) / лба (מצח) / коррекцию век (תיקון העפעיים) / пилинг вокруг рта (ביצוע קילוף סביב הפה) \*.

Дополнительные процедуры – впишите (פרט נוספת): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (далее: основная операция).

\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_  
תאריך /      שעה /      חתימת המטופל/ת /      חתימת המטופל/ת /      חתימת המטופל/ת /      חתימת המטופל/ת /

\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_  
שם האפוטרופוס (קרבה) /      חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) /      חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) /      חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) /

Я подтверждаю, что устно объяснил/а пациенту/ке (למטופל/ת) / опекуну пациента/ки (לאפוטרופוס של המטופל/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 בעל פה למטופל/ת / לאפוטרופוס של המטופל/ת \* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_  
שם הרופא/ה /      חתימה /      מספר רישיון /      מספר רישיון /      מספר רישיון /      מספר רישיון /

\*Ненужное зачеркнуть (את המיותר)