

## СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОПЕРАЦИЮ ЛИПОФИЛИНГ

1. Я \_\_\_\_\_, в соответствии со ст. 31 основ законодательства РФ «Об охране здоровья ...», ст. 10 Закона РФ «О защите прав потребителей», получил(а) в понятной для меня форме всю интересующую меня информацию и уполномочиваю доктора (далее Врача) и его ассистентов выполнить мне операцию липофилинг.

2. Содержание и результаты операции, возможные опасности и осложнения, а также возможности альтернативных методов лечения мне полностью объяснены Врачом и я их полностью понял(а).

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

а) операция направлена на улучшение контуров тела, однако ее отдаленные результаты зависят от многих факторов и не могут быть заранее определены на несколько лет вперед;

б) после операции на местах разрезов остаются постоянные рубцы; их качество не может быть в полной мере предсказано, так как процессы формирования рубцов индивидуальны;

в) в течение около 1 месяца необходимо избегать массажа и других процедур в области операции.

г) для усиления эффекта операции ее нужно повторить примерно через месяц.

3. После операции возможно развитие любых общехирургических осложнений (нагноение раны, кровотечение, тромбоз, тромбоз, образование келлоидных рубцов и т.д.), а также следующих осложнений характерных для данной операции:

а) подкожные серомы и гематомы;

б) внутрикожные кровоизлияния (синяки);

в) длительное истечение серозной жидкости через разрезы для липосакции;

г) образование келлоидных рубцов в местах разрезов;

д) бугристость кожи в зоне операции;

е) перфорация различных полостей (брюшной, грудной, суставов) с развитием тяжелых состояний.

4. Я понимаю, что пластическая хирургия – неточная дисциплина и что даже авторитетный специалист не может дать 100% гарантию успеха лечения. Поэтому врач, также как и другой хирург, не может мне гарантировать достижение отличного результата.

5. Я понимаю, что две половины человеческого тела всегда имеют различия в форме и эти различия остаются после операции.

6. Мне не известно о моей повышенной чувствительности к медикаментам кроме:

\_\_\_\_\_ (указать наименование препаратов)

Я удостоверяю, что Я ознакомилась (ознакомился) с приведенной выше информацией, что полученные мной объяснения меня полностью удовлетворяют, и что Я полностью понимаю назначение данного документа, и подтверждаю свое согласие на операцию и соответствующее лечение, а также на выполнение всех других манипуляций, необходимых для оказания мне услуг, предусмотренных Договором.

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_ г. Пациент: \_\_\_\_\_  
(подпись)

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_ г. Врач (хирург): \_\_\_\_\_  
(подпись)