

Информированное согласие пациента на хирургическое лечение

От « _____ » _____ 20__ г.

Я _____, _____ г.рождения
проинформирован(а) о необходимости применения хирургического лечения. А так же хирургического применения
лицу, законным представителем которого я являюсь:

_____, _____ г.рождения
Врачом _____

Я, проинформирован(а) о том, что вышеназванное лечебное мероприятие должно проводиться под местной
анестезией. Я информирован(а) также о способе, цели и характере предполагаемого хирургического
вмешательства. Мне понятен данный метод лечения, Мне известно, что по обстоятельствам, только во время
оперативного вмешательства может выявиться необходимость в расширении, изменении или отказе от
запланированного вмешательства.

Все мои вопросы были удовлетворены. Я подтверждаю, что в «Анжете» опроса пациента назвал все известные
мне мои болезни.

О требуемом поведении перед операцией и после нее я осведомлен, в особенности о том, что в день операции
возникает ограничение в управлении транспортным средством, регулярные явки на контрольные осмотры и
тщательная гигиена полости рта.

Я осведомлен об ожидаемых расходах.

Подпись пациента _____ **Подпись врача** _____