



ЗДОРОВЬЕ



МЕДИЦИНСКИЙ
ЦЕНТР

ТЕЛЕФОН: +7 (4967) 37 72 72
+7 (9150) 37 72 72
+7 (9160) 37 72 72

САЙТ: здоровье-серпухов.рф

АДРЕС: МО, г. Серпухов,
ул. Горького, д. 21/2

Согласие на оперативное вмешательство

Пациент _____

Лечащий врач _____

Мне, _____

_____ года рождения, оказывают необходимую мне медицинскую помощь

по поводу _____

в связи с чем мне рекомендовано оперативное вмешательство:

Для наиболее полного и качественного оперативного вмешательства обязуюсь сообщить врачу все необходимые сведения для моего лечения, а также предоставить имеющиеся у меня медицинские документы.

Я получила всю необходимую мне информацию относительно моего заболевания (состояния). Мне сообщено о характере предложенного мне оперативного вмешательства. Я получила рекомендации о соблюдении режима во время лечения и после него, которые я обязуюсь неукоснительно соблюдать.

Я предупреждена о том, что во время операции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения, в этом случае объем оперативного вмешательства может быть изменен врачами по их усмотрению.

С ожидаемыми результатами лечения, манипуляции, операции, с возможными последствиями отказа от них ознакомлена.

Мне известно, что я могу отозвать свое согласие до проведения операции.

Даю согласие на проведение предложенного мне оперативного вмешательства.

« ____ » _____ 20 ____ г. Время « ____ » час « ____ » мин.

Пациент _____

Врач _____