



Настоящим я даю свое согласие также на проведение местной анестезии и прием успокаивающих препаратов после того как я получила объяснение о возможных осложнениях местной анестезии, включая аллергические реакции разной степени выраженности на применяемые для местной анестезии препараты. Мне также известно о возможных редких реакциях на успокаивающие препараты, которые выражаются в нарушениях со стороны дыхательной системы и сердца, наблюдающихся, главным образом, у больных, страдающих заболеваниями этих органов.

Если для обезболивания основного воздействия будет избран общий наркоз или региональная анестезия, то соответствующие разъяснения я получу от врача-анестезиолога.

Мне известно и я даю свое согласие на то, что основное воздействие и все другие действия будут произведены лицами, на которых возложена эта обязанность, в соответствии с правилами и инструкциями лечебного учреждения, под его ответственность и в соответствии с законом. При этом мне не было обещано, что указанные действия полностью или частично будут выполнены какими-либо конкретными лицами.

подпись пациентки
חתימת החולה

время
שעה

дата
תאריך

имя опекуна (родство)
שם האפוטרופוס (קרבה)

подпись опекуна (в случае недееспособной, малолетней, душевнобольной)
חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

Я подтверждаю, что дал/а подробные устные объяснения всего вышесказанного и необходимого больному/опекуну больной*, и что она подписала в моем присутствии настоящий бланк согласия после того, как я убедился/ась, что мои объяснения поняты в полном объеме.

מס' רישיון
номер лицензии

חתימת הרופא/ה
подпись врача

שם הרופא/ה
фамилия врача

* Лишнее стереть