

Настоящим я заявляю и утверждаю, что получил/а объяснения об ожидаемых результатах основного лечения, а именно об удалении всего очага поражения полностью или большей его части и о форме и характере образующегося рубца. Я осведомлен/а: о возможных принятых методах удаления патологических образований кожи, об опасностях, осложнениях, видах исследования и лечения, характерных для каждого из этих методов; о выборе соответствующего способа лечения в зависимости от особенностей патологического очага. Кроме того, я получил/а объяснения о преимуществах избранного для меня способа удаления перед другими возможными методами.

Настоящим я заявляю и утверждаю, что мне известно о сопутствующих явлениях после основного лечения, включая покраснение, припухлость, боль и дискомфорт. Мне объяснено, что во всех случаях после удаления очага поражения на его месте образуется рубец.

Кроме того, я осведомлен/а о возможных осложнениях в процессе основного лечения и после него, включая: местное кровотечение, местную инфекцию, расхождение швов, неприживление несвободного или свободного кожного лоскута, образование выраженных рубцов, изменения пигментации и повреждение периферических нервов. Эти осложнения встречаются редко.

Настоящим я даю согласие на проведение основного лечения.

В даю согласие также на проведение местной анестезии в сочетании с внутривенным введением успокаивающих препаратов или без применения последних. Мне известны опасности и осложнения местной анестезии, включая аллергическую реакцию разной степени выраженности на анестезирующие препараты; мне также известны возможные реакции на успокаивающие препараты, которые в редких случаях могут вызывать

нарушение дыхательной функции и деятельности сердца, в основном у больных, страдающих заболеваниями сердца и дыхательной системы.

Мне известно также о возможных нервных и сосудистых нарушениях при проведении регионарной анестезии.

Если будет принято решение о проведении основного лечения под общим наркозом, то соответствующие объяснения я получу от врача-анестезиолога.

Мне известно и я даю свое согласие на то, что основное лечение 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

Я осознаю и согласен на то, что данная процедура и любые иные процедуры будут проведены лицом, назначенным для проведения таковых в соответствии с внутренним распорядком и инструкциями лечебного учреждения, при условии, что процедуры будут проведены в рамках ответственности, принятой на себя медицинским учреждением и установленной законодательством; заверений о том, что вся процедура или ее часть будет проведена каким-либо конкретным лицом мне предоставлено не было

Дата

Время

Подпись пациента

Имя опекуна (род отношений с пациентом) Подпись опекуна (для недееспособных,

несовершеннолетних или психически неполноценных пациентов)

Настоящим подтверждаю, что мной предоставлены устные разъяснения пациенту/ опекуну пациента* в отношении всего вышесказанного, в необходимых подробностях, а также что данное согласие было подписано пациентом в моем присутствии после того, как я убедился в полном понимании моих разъяснений пациентом.

Имя лечащего врача

Подпись лечащего врача

лицензия №

* Ненужное вычеркнуть