

и объем требуемых лечебных мероприятий. Я полностью понимаю смысл вышесказанного как в плане возможных осложнений, так и в отношении мероприятий, необходимых для их лечения. С учетом сказанного, я даю согласие на расширение объема и изменение характера основной операции, равно как и на выполнение других/дополнительных действий, включая хирургические вмешательства, которые в соответствии с профессиональными соображениями врачей лечебного учреждения представляются жизненно важными/необходимыми в процессе основной операции.

Настоящим я даю согласие на проведение местной анестезии в сочетании с внутривенным введением/без введения успокаивающих препаратов, будучи осведомлена о следующих возможных опасностях и осложнениях: при проведении местной анестезии – аллергическая реакция различной степени тяжести на анестезирующие вещества; при внутривенном введении успокаивающих лекарств – в редких случаях нарушение дыхания и сердечной деятельности, в основном у больных с заболеваниями дыхательной системы и сердца. Если будет решено провести основную операцию под общим наркозом, то соответствующие разъяснения я получу от врача-анестезиолога.

Мне известно и я даю свое согласие на то, что основная операция 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.

Ответственным за операцию будет** _____

фамилия врача
שם הרופא/ה

חתימת החולה подпись больной	שעה час	תאריך дата
חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) подпись опекуна (в случае, если больная недееспособна, несовершеннолетняя или душевнобольная)		שם אפוטרופוס (קירבה) фамилия опекуна (степень родства)

Я подтверждаю, что дал/а подробные устные объяснения всего

вышесказанного и необходимого больной/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
-----------------------------	--------------------------------	-----------------------------

* Зачеркнуть лишнее и обвести кружком нужное

** Заполнить, если больная лечится частным образом