

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

1. Мне, _____
(Ф.И.О. пациента или его законного представителя)

разъяснены состояние моего здоровья, а также характер необходимых диагностических и лечебных мероприятий.

2. Настоящим я доверяю врачу (в дальнейшем ВРАЧ) и его коллегам выполнять следующее оперативное вмешательство:

разобщение артерио-венозной фистулы с возможным протезированием бедренной артерии и веноррафией

3. Содержание указанных выше медицинских действий, связанный с ними риск, возможные осложнения и последствия, включая нетрудоспособность и смерть, мне известны. Я хорошо понял(а) все разъяснения ВРАЧА.

4. Я понимаю, что в ходе выполнения указанных выше действий может возникнуть необходимость выполнения другого вмешательства, исследования или операции, не указанных в пункте. Я доверяю ВРАЧУ и его коллегам принять соответствующее решение в соответствии с их профессиональным уровнем, и выполнить любые медицинские действия, которые ВРАЧ сочтет необходимым для улучшения моего здоровья.

5. Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне ВРАЧОМ, оно полностью мною понятно и осознано, что я удостоверяю подписью.

Подпись пациента с указанием Ф.И.О. (или его законного представителя)

« 30 » июня 2022 г.

(подпись пациента)

Подпись лечащего врача