



ООО «ЛАНЦЕТ» КЛИНИКА ПРОФЕССОРА ШАПКИНА  
ИНН 2537111414/253701001 ОГРН 1142537008503  
690012, Г. Владивосток, ул. Калинина, дом 231 В литера 7.  
+7 (423) 266-77-99, +7 (902) - 480-77-99  
vlad.lancet@mail.ru

### Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство

Я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество - полностью) \_\_\_\_\_ года рождения, проживающий (ая) по адресу:

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, паспорт: \_\_\_\_\_ выдан: \_\_\_\_\_ являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

ФИО ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения \_\_\_\_\_

находясь на лечении (обследовании) ООО «Ланцет»,

Добровольно даю свое согласие на проведении мне (представляемому) амбулаторной( стационарной) операции: \_\_\_\_\_

(название медицинского вмешательства)

и прошу персонал медицинского учреждения о ее проведении.

Я информирован(а) о том, что вся необходимая мне медицинская помощь может быть мне предоставлена в рамках программы обязательного медицинского страхования без дополнительной оплаты, но прошу по моему желанию оказать мне медицинскую помощь в организации, которую я выбрал(а) самостоятельно, в клинике с оплатой медицинских услуг согласно условиям договора

Подтверждаю, что я ознакомлен (ознакомлена) с характером предстоящей мне (представляемому) операции.

Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего оперативного лечения.

- Мне разъяснено и я осознаю, что во время операции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения: Боль в месте разреза – самое частое последствие амбулаторной операции, кровотечение, аллергические реакции на используемые препараты и шовный материал, повреждение органов и тканей во время операции. В таком случае я согласен (согласна) на то, что ход операции может быть изменен врачами по их усмотрению.

**Мне разъяснено и я осознаю, что** в первые дни после операции могут возникнуть: усталость, нехватка сил, потеря аппетита, тошнота и рвота, боль, осложнения в области операции, инфекция, кровотечение, тромбообразование; осложнения в области операции: отек, подкожные кровоизлияния (гематомы), серома, онемение кожи в области раны, кровотечение из раны, дискомфорт в области выхода дренажа, инфицирование раны, абсцедирование

Я понимаю, что после операции на месте разрезов остаются постоянные рубцы; их качество не может быть в полной мере предсказано, так как процессы формирования рубцов индивидуальны. Я понимаю, что рубцы после операции могут быть гипертрофическими и даже келоидными. Я понимаю, что будет предпринято все возможное, чтобы сделать рубцы неприметными.

Я понимаю, что врач не может повлиять на индивидуальные особенности заживления моих тканей.

- Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

Ответственность за расходы, связанные с необходимостью проведения дополнительных операций.

Я предупрежден (предупреждена), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, Я понимаю, что врач не принимает страхового или любого другого возмещения третьей стороной затрат на любой тип дополнительных операций после операции. Я понимаю, что врач не может предсказать и контролировать характеристики моих тканей и особенности заживления, и при возникновении вышеперечисленных изменений и необходимости выполнения повторных операций я буду лично отвечать за все расходы, связанные с любой выполняемой операцией. Я понимаю и принимаю, что буду нести личную ответственность за оплату всех расходов, связанных с дополнительными операциями.

и даю свое согласие на это.

- Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех

перенесенных мною (лицом мной представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (Лицо мной представляемое) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (сообщила) правдивые

сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

- Я \_\_\_\_\_ согласен (согласна) на запись хода операции на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

- Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на \_\_\_\_\_

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года. Подпись пациента/законного представителя \_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии:

Врач \_\_\_\_\_ (подпись)

(Должность, И.О. Фамилия)



ООО «ЛАНЦЕТ» КЛИНИКА ПРОФЕССОРА ШАПКИНА  
ИНН 2537111414/253701001 ОГРН 1142537008503  
690012, Г. Владивосток, ул. Калинина, дом 231 В литера 7.  
+7 (423) 266-77-99, +7 (902) - 480-77-99  
vlad.lancet@mail.ru

### Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство

Я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество - полностью) \_\_\_\_\_ года рождения, проживающий (ая) по адресу:

\_\_\_\_\_ находясь на лечении (обследовании) ООО «Ланцет».

Добровольно даю свое согласие на проведении мне (представляемому) амбулаторной( стационарной) операции: \_\_\_\_\_

(название медицинского вмешательства)

и прошу персонал медицинского учреждения о ее проведении.

Я информирован(а) о том, что вся необходимая мне медицинская помощь может быть мне предоставлена в рамках программы обязательного медицинского страхования без дополнительной оплаты, но прошу по моему желанию оказать мне медицинскую помощь в организации, которую я выбрал(а) самостоятельно, в клинике с оплатой медицинских услуг согласно условиям договора

Подтверждаю, что я ознакомлен (ознакомлена) с характером предстоящей мне (представляемому) операции.

Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего оперативного лечения.

- Мне разъяснено и я осознаю, что во время операции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения: Боль в месте разреза – самое частое последствие амбулаторной операции, кровотечение, аллергические реакции на используемые препараты и шовный материал, повреждения органов и тканей во время операции. В таком случае я согласен (согласна) на то, что ход операции может быть изменен врачами по их усмотрению.

**Мне разъяснено и я осознаю, что** в первые дни после операции могут возникнуть: усталость, нехватка сил, потеря аппетита, тошнота и рвота, боль, осложнения в области операции, инфекция, кровотечение, тромбообразование; осложнения в области операции: отек, подкожные кровоизлияния (гематомы), серома, онемение кожи в области раны, кровотечение из раны, дискомфорт в области выхода дренажа, инфицирование раны, абсцедирование

Я понимаю, что после операции на месте разрезов остаются постоянные рубцы; их качество не может быть в полной мере предсказано, так как процессы формирования рубцов индивидуальны. Я понимаю, что рубцы после операции могут быть гипертрофическими и даже келоидными. Я понимаю, что будет предпринято все возможное, чтобы сделать рубцы неприметными.

Я понимаю, что врач не может повлиять на индивидуальные особенности заживления моих тканей.

- Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

Ответственность за расходы, связанные с необходимостью проведения дополнительных операций.

Я предупрежден (предупреждена), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, Я понимаю, что врач не принимает страхового или любого другого возмещения третьей стороной затрат на любой тип дополнительных операций после операции. Я понимаю, что врач не может предсказать и контролировать характеристики моих тканей и особенности заживления, и при возникновении вышеперечисленных изменений и необходимости выполнения повторных операций я буду лично отвечать за все расходы, связанные с любой выполняемой операцией. Я понимаю и принимаю, что буду нести личную ответственность за оплату всех расходов, связанных с дополнительными операциями.

и даю свое согласие на это.

- Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (лицом мной представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (Лицо мной представляемое) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средств, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

- Я \_\_\_\_\_ согласен (согласна) на запись хода операции на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.
- Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.
- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на \_\_\_\_\_

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года. Подпись пациента/законного представителя \_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии:

Врач \_\_\_\_\_ (подпись)

(Должность, И.О. Фамилия)