

Информированное добровольное согласие
на лечение (медицинское оперативное вмешательство)

Я, Пациент(ка) (ФИО), обращаюсь в ООО "Орловская глазная клиника" в связи с заболеванием: кератоконус.

1. Я получил(а) все необходимые разъяснения относительно данного заболевания, возможных видах его лечения и результатах.
2. Я выражаю свое согласие на проведение рекомендованного мне лечения (оперативное): КРОССЛИНКИНГ: стандартный, и на необходимую предоперационную подготовку по предложенной мне схеме.
3. Я получил(а) все рекомендации о соблюдении режима во время лечения и после него, которые обязуюсь выполнять.
4. Я предупрежден(а) о возможных осложнениях при проведении предложенного мне вида лечения, во время операции и в послеоперационном периоде.
5. Я осведомлен(а) о том, что хирургическое лечение моего заболевания может быть многоэтапным. Я осведомлен(а) о том, что при необходимости может потребоваться дополнительное лечение (хирургическое вмешательство).
6. Я осведомлен(а) о том, что кроме основного заболевания у меня имеется сопутствующая патология органа зрения.

-
7. Я выражаю свое согласие на сдачу анализов согласно предложенному списку.
 8. Обязуюсь поставить в известность врача о наличии в анамнезе соматических заболеваний и аллергических реакций на медикаменты.
 9. Я согласен(а) на все виды и объем обследования и консультации специалистов, которые могут понадобиться в процессе лечения.
 10. Даю добровольное согласие на проведение операции.
 11. Я предупрежден(а) о необходимости проведения в послеоперационном периоде регулярных консультаций и лечения у специалистов по имеющимся у меня глазным и общим заболеваниям.
 12. Я информирован(а), что существуют другие медицинские учреждения, где может быть оказана медицинская помощь в лечении имеющегося у меня заболевания глаз.

При подписании этого документа последний мной прочитан, и я полностью понимаю его, возможные риски, осложнения при проведении операции и преимущества, которые могут быть результатом этого вида медицинского вмешательства.

Решение подвергнуться операции является моим собственным и было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли или мысли.

Пациент: _____ (ФИО пациента).

Дата.

Настоящее согласие подписано Пациентом на приеме у офтальмолога после проведения разъяснительной беседы.

Пациент получил полную и подробную информацию об особенностях хирургического лечения и полностью отдает себе отчет об имеющихся местах рисках и возможных последствиях лечения.

Врач _____ (Специальность лечащего, ФИО лечащего врача).

Дата.