

Я, _____, после предварительных бесед с врачами Центра полностью понимаю, что при соблюдении мной их рекомендаций и требований можно ожидать наилучших результатов операции и минимального риска развития осложнений.

Я также предупрежден(а) врачами Центра о возникновении потенциальной опасности для моего здоровья (жизни) в следующих случаях:

- при неполном информировании мной врачей о моих медицинских проблемах, в том числе имевших место в прошлом (перенесенные заболевания, повышенная чувствительность к лекарствам, ухудшение самочувствия перед операцией и др.);

- при нарушении категорического запрета на курение до и в течение 4 недель после операции (а в некоторых случаях и на более длительный срок);

- при нарушении данных мне указаний и рекомендаций, в том числе:

а) о подготовке к операции (ограничения в приеме пищи, прием назначенных врачом Центра лекарств, отказ от приема других медикаментов и др.);

б) о режиме поведения после операции и после выписки из клиники (соблюдение постельного режима, ежидневных движений, сроков выхода на работу; ограничение ходьбы, нагрузки на конечность, ограничения в сексуальных отношениях и др.);

в) о режиме питания до и после операции (соки приема пищи, ограничения ее количества и пр.)

Я полностью понимаю, что нарушение врачебных рекомендаций и требований может способствовать развитию местных и (или) общих осложнений или даже стать его продолжительностью, а в некоторых случаях потребовать стационарного лечения и проведения повторных операций.

Я признаю, что если это произойдет по моей вине, я несу за это личную ответственность (в том числе материальную).

Подпись: _____

Дата _____