



СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКУЮ ИЛИ ХИРУРГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ И ЛЕЧЕНИЕ

ПРИМЕЧАНИЕ ДЛЯ ПАЦИЕНТА: Есть риски, связанные с любой процедурой или лечением. Невозможно гарантировать или дать гарантии успешного результата. Важно, чтобы вы четко понимали и соглашались на запланированную операцию или лечение.

Я разрешаю доктору Марше Ройтер и таким врачам, сотрудникам, ассистентам и другому персоналу или больнице или медицинскому учреждению, выбранному ею, выполнить следующее (в медицинских терминах, известных как):

и / или выполнять любые другие процедуры, которые по их мнению могут быть полезны для моего благополучия, включая такие процедуры, которые считаются медицинскими. Рекомендуются исправить условия, обнаруженные во время вышеуказанной процедуры.

- **ОБЩИЕ РИСКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ.** Я удовлетворен моим пониманием более общих рисков и осложнения лечения или процедуры, которые описаны в основном на обороте этой формы. Эти риски включают в себя риск кровотечения, инфекции, боли, риска анестезии и смерти.
- **ОСОБЫЕ РИСКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ.** Я удовлетворен моим пониманием конкретных рисков этой процедуры или лечение, включая (врач должен описать конкретные риски, где это применимо):

- **АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ.** Я удовлетворен моим пониманием альтернативных процедур или методы лечения и их возможные преимущества и риски, включая (Доктор, чтобы описать конкретные альтернативные процедуры и осложнения где применимо): _____

- **НЕТ ЛЕЧЕНИЯ.** Я удовлетворен моим пониманием возможных последствий, результатов или рисков, если лечение не проводится оказаны.
- **ВТОРОЕ МНЕНИЕ.** Мне предложили возможность получить второе мнение относительно предлагаемого лечения или процедура.

- ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИЛИ РАЗНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ ПРИ УХОДЕ И ЛЕЧЕНИИ. Я понимаю что условия Могут возникнуть непредвиденные обстоятельства, которые могут оказаться необходимыми и целесообразными для выполнения операций и процедур.

отличается от описанной процедуры или в дополнение к ней. Я разрешаю и даю согласие на выполнение таких дополнительных или различные операции и процедуры, которые считаются необходимыми и целесообразными.

- ДРУГИЕ УСЛУГИ. Я даю согласие на предоставление услуг патологии и радиологии по мере необходимости и даю разрешение на распоряжение любым Разорванная ткань или член в соответствии с обычной практикой больницы или медицинского учреждения.
- ФОТОГРАФИЯ. Я даю согласие на фотографирование, съемку или видеозапись процедуры или процедуры для образовательного или диагностического использования.
- НИКАКИХ ГАРАНТИЙ. Я понимаю, что существуют риски, связанные с любой процедурой или лечением, и невозможно гарантировать или дать гарантию успешного результата.
- ДРУГИЕ ВОПРОСЫ. Я удовлетворен моим пониманием природы процедуры или процедур и всеми моими дополнительными вопросами о лечении или процедуре уже дан ответ.

Я прочитал и получил копию этой формы.

СВИДАНИЕ: _____ ВРЕМЯ: _____

ПЕЧАТЬ ИМЯ ПАЦИЕНТА: _____

ПОДПИСЬ: _____

(Пациент, родитель или законный опекун)

Переведено (если применимо): _____

Врач: _____

Свидетель: _____