Приложение № 2 к договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

**Операция: Блефаропластика**

1. Я уполномочиваю доктора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее – Врача) и его ассистентов выполнить мне операцию пластики верхних, нижних век.

2. Содержание и результаты операции, возможные опасности и осложнения, а также возможности альтернативных методов лечения мне полностью объяснены Врачом, и я их полностью поняла. Особенно важными и полностью ясными для меня являются следующие положения об особенностях послеоперационного периода:

а) после операции развивается отек и изменяется цвет кожи век, в редких случаях изменение цвета кожи сохраняется на длительный срок (несколько недель);

б) разрезы кожи заживают с образованием тонкого рубца. На веках через несколько месяцев после операции эти рубцы становятся практически незаметными, однако при очень внимательном рассмотрении их можно обнаружить.

в) после операции возможно развитие любых общехирургических осложнений (нагноение раны, кровотечение, тромбофлебит, тромбоэмболия, образование келоидных рубцов и др.), а также следующих осложнений характерных для данной операции:

- может развиваться конъюнктивит, который проходит при соответствующем лечении;

- в редких случаях после пластики нижних век может возникнуть их выворот; это состояние проходит при соответствующем консервативном лечении; в единичных случаях может потребоваться повторная операция;

- возможно развитие онемения отдельных участков кожи, парезов веточек лицевого нерва, проходящие в течении нескольких недель или месяцев;

- ассиметрия бровей, которая была до операции, сохраняется, если не выполняется соответствующая коррекция.

3. Я понимаю, что две половины человеческого лица (и в том числе глаза) всегда имеют некоторые различия в форме и размерах и эти различия остаются после операции.

4. Я понимаю, что хирургия – это не точная наука и что даже опытный хирург не может абсолютно точно гарантировать получение желаемого результата. Никто, в том числе Врач, не гарантировал мне этого на 100%.

5. Я согласен (не согласен) на фотографирование и использование моих фотографий на личном интернет сайте доктора, сайте и инстаграмме клиники

6. Мне неизвестно о моей повышенной чувствительности к лекарственным препаратам, кроме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Я удостоверяю, что Я ознакомилась(ся) с приведенной выше информацией, что полученные мною объяснения меня полностью удовлетворяют и, что Я полностью понимаю назначение данного документа, и подтверждаю свое согласие на операцию.

**Пациент: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дата: «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.**