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

**Операция: Липосакция**

1. Я уполномочиваю доктора\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее – Врача) и его ассистентов выполнить мне операцию липосакции.

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 в зоне забора жира, также возможно неравномерное сокращение кожи в зоне липосакции;

б) отек сохраняется до 3-4 недель;

в) липосакция очень больших объемов жира или большой площади является опасной, в связи с возможным развитием тромбо-эмболических осложнений;

г) проколы кожи заживают с образованием тонкого рубца;

д) врач не гарантирует именно ту форму, которую хочет получить пациентка. Хороший результат является ожидаемым, но негарантированным;

е) после операции возможно развитие любых общехирургических осложнений (нагноение раны, кровотечение, тромбофлебит, тромбоэмболия, образование келоидных рубцов и др.

3. Я понимаю, что две половины человеческого тела всегда имеют некоторые различия в форме и размерах и эти различия остаются после операции.

4. Я понимаю, что хирургия – это неточная 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 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.**