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

**Операция: Мастопексия, редукционная маммопластика.**

1. Я уполномочиваю доктора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(далее – Врача) и его ассистентов выполнить мне операцию: мастопексия, редукционная маммопластика.

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 грудных желез;

б) разрезы кожи заживают с образованием тонкого рубца;

в) врач не гарантирует именно ту форму и размер молочных желез, который хочет получить пациентка. Хороший результат является ожидаемым, но не гарантированным;

г) возможно нарушение чувствительности в области ареолы. Как правило, в течение 2-6 месяцев это проходит;

д) окончательная форма молочной железы формируется через 1 год после операции;

е) беременность не рекомендована в ближайший год после операции;

ж) 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 нагноение раны, кровотечение, гематомы;

- возможно развитие онемения отдельных участков кожи, проходящие в течение нескольких недель или месяцев;

- пациент должен находиться в клинике под наблюдением не менее суток после оперативного вмешательства. Если пациент самовольно покинет клинику ранее указанного срока, персонал не несет ответственности за возможные после наркозные и хирургические осложнения.

з) после операции, возможно проявление ассиметрии молочных желез, что может потребовать коррекцию методом липофилинга.

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 медикаментам, 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.**