

**РАСПИСКА ПАЦИЕНТА(КИ) О ПОНИМАНИИ ЕГО (ЕЕ) ЛИЧНОЙ  
ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ**

1. Я, **пациент**

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

Я также предупреждена врачами Клиники о возникновении потенциальной опасности для моего здоровья (жизни) в следующих случаях:

- 1) 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.);
- 2) при нарушении категорического запрета на курение до и в течение 4 недель после операции (а в некоторых случаях и на более длительный срок);
- 3) при нарушении данных мне указаний и рекомендаций, в том числе:
  - а) о подготовке к операции (ограничения в приеме пищи, прием назначенных врачом Клиники лекарств, отказ от приема других медикаментов и др.);
  - б) о режиме поведения после операции и после выписки из Клиники (соблюдение постельного режима, режима движений, сроков выхода на работу; ограничение ходьбы, ограничения в сексуальных отношениях и др.);
  - в) о режиме питания до и после операции (сроки приема пищи, ограничение ее количества и пр.).

Я полностью понимаю, что нарушение врачебных рекомендаций и требований может способствовать развитию местных и (или) общих осложнений или даже стать их причиной.

Это свою очередь, может ухудшить результаты лечения, увеличить его продолжительность, а в некоторых случаях потребовать стационарного лечения и проведение повторных операций.

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

Пациент:

*пациент*  
ФИО

\_\_\_\_\_ подпись

**27.08.2018**  
число