

**Информированное добровольное согласие на проведение оперативного вмешательства:
лазерные операции на сетчатке и переднем отрезке глаза**

Я, _____ ознакомлен (а) врачом
_____ с сущностью нужной для моего здоровья операции.
Учитывая наличие _____, мне будет проведена операция _____

Врач ответил на все мои вопросы, касательно моего заболевания, способов лечения, исходов операции.
Мне подробно объяснили особенности операции и предупредили о возможных ее осложнениях.
Я понял (а) все вышеизложенное. Даю добровольное согласие на проведение операции.

Дата _____ Подпись _____
