Информированное добровольное согласие на проведение оперативного вмешательства: транссклеральная циклодеструкция

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 и комплексного предоперационного обследования, включающего в себя: клинический анализ крови, клинический анализ мочи, ЭКГ, осмотр терапевта, осмотр ЛОР-врача, обследование у офтальмолога (визометрия, тонометрия, периметрия, гониоскопия, биомикроскопия, офтальмоскопия). Даю согласие на получение лично мною информации о результатах проведенного предоперационного лабораторного обследования.

Дата _____ Подпись _____