

SALISH SEDATION SERVICES, PLLC

СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИИ АНЕСТЕЗИИ

1. Настоящим документом я уполномочиваю Salish Sedation Services, PLLC выполнить внутривенную седацию во время проведения процедуры. Мне сообщили о характере и цели предлагаемого способа анестезии.
2. Анестезия влечет за собой риски в дополнение к тем рискам, которые связаны с проведением самой медицинской или хирургической процедуры. Эти риски могут включать, среди прочего: побочные реакции на препараты, непредусмотренное пребывание в сознательном состоянии во время анестезии, повреждение мозга, смерть, повреждение нервов, повреждение зубов или результатов ранее выполненных стоматологических работ, например, мостов, коронок и имплантов. Риск анестезии может также включать повреждение голосовых связок, проблемы с дыханием, незначительные боли и дискомфорт, повреждение артерий или вен, головные боли, боли в спине и аспирацию (состояние, при котором содержимое желудка попадает в легкие и может вызвать инфекцию). В случае осложнений ни Northwest Gastroenterology & Endoscopy, ни Salish Sedation Services, PLLC не возьмут на себя финансовую ответственность в отношении лечения осложнений. Риски, связанные с анестезией, были описаны мне анестезиологом, и у меня была возможность обсудить предложенное лечение и связанные с ним риски.
3. На все мои вопросы были даны удовлетворяющие меня ответы. Я считаю, что знаю все необходимое для предоставления информированного согласия в отношении предлагаемого применения анестетика (анестезии) и процедуры анестезии.
4. Я уполномочиваю компанию по выставлению счетов/управляющую компанию Salish Sedation Services, PLLC подавать заявления на получение льгот от моего имени и разрешаю производить все платежи по моему указанному плану медицинской страховки непосредственно Salish Sedation Services, PLLC. Я понимаю, что несу ответственность перед Salish Sedation Services, PLLC за все расходы, включая те, которые не покрываются моей страховой компанией.
5. Я уполномочиваю Salish Sedation Services, PLLC предоставлять любую необходимую информацию моей указанной страховой компании и всем сторонним плательщикам в целях обработки претензий, связанных с предоставленной анестезией.
6. Мне сообщили, что один или несколько врачей этой практики имеют долю участия в Salish Sedation Services, PLLC — компании, предоставляющей анестезиологические услуги.

Я ЗАЯВЛЯЮ И ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ПРОЧИТАЛ(-А) ВЫШЕИЗЛОЖЕННОЕ И ПРИЗНАЮ ЭТИ СВЕДЕНИЯ ПРАВДИВЫМИ. В отношении результата анестезиологической процедуры не было предоставлено никаких гарантий, поручительств или заявлений, выраженных или подразумеваемых. На все вопросы были даны удовлетворяющие меня ответы.

Подпись пациента/уполномоченного лица

Дата и время подписи пациента

Свидетель

Врач-анестезиолог, получающий согласие

Бирка пациента