

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

на проведение инвазивных диагностических манипуляций
(является неотъемлемой частью Договора № ... на оказание платных ветеринарных услуг)
Я, владелец животного (представитель владельца), ФИО: XXXXX

адрес:	Г XXXXXXXXXX			
телефон:	+7-(000)-000-00-00			
вид:		кличка		Пол
порода	{{pet.breed}}	возраст		вес
номер карты в ветеринарной клинике "Зооцентр на Садовой" г. Щербинка				
Вакцинировано:	Да		Нет	
Название вакцины		дата вакцинации		

даю добровольное согласие на проведение инвазивного диагностического вмешательства:

методом, который мой лечащий врач	Ф.И.О. врача
сочтет наиболее приемлемым и необходимым для восстановления здоровья моего животного.	
Даю добровольное согласие на анестезиологическое пособие методом,	
который ветеринарный врач	Ф.И.О. врача

сочтет наиболее приемлемым, безопасным, адекватным и необходимым для восстановления здоровья моего животного, проведение моему животному необходимых диагностических процедур и исследований, направленных на уточнение диагноза основного заболевания и сопутствующей патологии, а также выявления динамики состояния в период амбулаторного лечения.

Указанные врачи полностью разъяснили мне суть и цели этих медицинских процедур, возможные осложнения, трудности и риски, которые могут возникать, а также альтернативы предлагаемому лечению и возможность вообще отказаться от лечения.

Я ознакомлен(а) с рекомендациями Национальной Ветеринарной Палаты и принимаю осознанное и оправданное с моей точки зрения решение в отношении проведения предоперационных диагностических исследований:

<input type="checkbox"/> Я ОТКАЗЫВАЮСЬ от проведения: ОКА (Общий Клинический Анализ крови) _____, Биохимический анализ крови _____, УЗИ _____, ЭХО сердца _____,	Подпись владельца (представителя):
<input type="checkbox"/> Я СОГЛАСЕН на проведение и оплату: ОКА(Общий Клинический Анализ крови) _____ Биохимический анализ крови _____ УЗИ _____, ЭХО сердца _____ <i>Исследования могут быть выполнены непосредственно перед процедурой в лаборатории Зооцентра на Садовой</i>	Подпись владельца (представителя):
<input type="checkbox"/> Обследования проведены ранее (указать дату исследования):	Подпись владельца (представителя):

ОКА _____, Рентген _____, Биохимический анализ крови _____, УЗИ _____, ЭХО сердца _____	
---	--

Я буду доступен по этому номеру телефона: тел. моб.: _____

Я информирован(а) об объеме операции/процедур, **общая стоимость которых составит:**

От _____	До _____	рублей
----------	----------	--------

Я **понимаю**, что детализированный счет с точной суммой врач сможет выписать мне только после проведения процедуры.

Я **информирован(а)** о предполагаемом последующем лечении и уходе. Я имел(а) возможность задавать любые вопросы, и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы. Я осознаю, что проведение данной операции может не принести ожидаемого мной результата.

Я **понимаю**, что в ходе процедуры/анестезии/интенсивной терапии могут возникнуть непредвиденные ситуации, меняющие запланированный характер действий или требующие дополнительных мероприятий или изменения тактики лечения.

В таком случае: **Я прошу позвонить мне по телефону**, чтобы я мог принять решение.

Если я буду недоступен по телефону:

___ Я СОГЛАСЕН на выполнение дополнительных действий и готов оплатить расходы, связанные с непредвиденными ситуациями	Подпись владельца(представителя), фамилия,инициалы
___ Я СОГЛАСЕН на выполнение реанимационных мероприятий и готов оплатить расходы, связанные с ними в размере до 25000 рублей	Подпись владельца(представителя) фамилия,инициалы
___ Я ОТКАЗЫВАЮСЬ от оказания таких услуг и прошу не проводить никаких дополнительных мероприятий. Я понимаю, что в результате неоказания помощи в такой ситуации мое животное может погибнуть.	Подпись владельца(представителя) фамилия,инициалы
___ Я ОТКАЗЫВАЮСЬ от оказания реанимации и прошу не проводить никаких реанимационных мероприятий. Я понимаю, что в результате неоказания помощи в такой ситуации мое животное может погибнуть.	Подпись владельца(представителя) фамилия, инициалы

Я понимаю, что, несмотря на все усилия врачей, направленные на восстановление здоровья моего животного, не может быть гарантий, что сделанное моему животному даст результаты, которые ожидаются от этой операции/процедуры. Я ознакомлен(а) с тем, что всегда существует определенный риск и возможность ранних и поздних осложнений, вплоть до летального исхода.

Я понимаю, что должен оплатить все лечебные мероприятия независимо от получения или не получения желаемого результата, если отсутствие этого результата не вызвано виной врачей.

С Правилами оказания ветеринарных услуг ознакомлен(а).

Претензий к сотрудникам Зооцентра на Садовой не имею. Дата: `{{current_date.format_date}}`

Авансовый платеж, подлежащий оплате перед манипуляцией _____ рублей

Владелец животного (представитель)	_____	/	_____
	подпись		Фамилия, инициалы

Для связи с клиникой воспользуйтесь телефоном: 8-495-502-25-51 или 8-926-528-17-49

Пока животное будет у нас, мы сделаем все, чтобы справиться с недугом Вашего животного и чтобы обеспечить его безопасность и хорошее самочувствие. Наш персонал хорошо подготовлен, мы используем оборудование для мониторинга, оснащены современными средствами реанимации, животное постоянно будет находиться под наблюдением доктора. Пожалуйста, не волнуйтесь!

Заполняется ветеринарными врачами: Я свидетельствую, что разъяснил официальному владельцу животного суть, достоинства, риск и альтернативы предлагаемого медицинского вмешательства, дал ответы на все вопросы. Я полагаю, что все было понятно.

Ветеринарный врач	_____		
	_____	/	_____