

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

на проведение инвазивных диагностических манипуляций

(является неотъемлемой частью Договора № _____ на оказание платных ветеринарных услуг)
Я, владелец животного (представитель владельца), ФИО:

Адрес:

Телефон:

Вид:

Кличка:

Пол:

Порода:

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 (ФИО врача):

сочтет наиболее приемлемым и необходимым для восстановления здоровья моего животного.

Даю добровольное согласие на анестезиологическое пособие

методом, который ветеринарный врач (ФИО 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:

Подпись владельца
(представителя):

_____ **Я ОТКАЗЫВАЮСЬ** от проведения:

ОКА (Общий Клинический Анализ крови) _____, Биохимический анализ крови _____, УЗИ _____, ЭХО сердца _____,

Подпись владельца
(представителя):

_____ **Я СОГЛАСЕН** на проведение и оплату:

ОКА(Общий Клинический Анализ крови) _____, Биохимический анализ крови _____, УЗИ _____, ЭХО сердца _____

Исследования могут быть выполнены непосредственно перед процедурой в лаборатории Зооцентра на Садовой

Подпись владельца
(представителя):

_____ **Обследования проведены ранее**

(указать дату исследования):

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

Я буду доступен по этому номеру телефона: _____

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

От _____ До _____ **₽**
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, то:

____ **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 25 000 рублей
Подпись владельца(представителя) фамилия, инициалы

____ **Я ОТКАЗЫВАЮСЬ** от оказания таких услуг и прошу не проводить никаких дополнительных мероприятий.
Я понимаю, что в результате не оказания 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 не оказания 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 неполучения 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:

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 питомца 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 _____ / _____

