

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

на проведение анестезиологического пособия, хирургического / диагностического вмешательства (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 операцию (диагностическое вмешательство):

методом, который мой лечащий врач

считет наиболее приемлемым и необходимым для восстановления здоровья моего животного.

Даю добровольное согласие на анестезиологическое пособие методом,

который ветеринарный врач

считет 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:

_____ **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 _____

Подпись владельца
(представителя):

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

_____ **Обследования проведены ранее**
(указать дату исследования):
ОКА _____, Рентген _____,
Биохимический анализ крови _____,
УЗИ _____, ЭХО сердца _____

Подпись владельца
(представителя):

Я буду доступен по этим номерам 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 операции/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 ОТКАЗЫВАЮСЬ** от оказания таких услуг и прошу не проводить никаких мероприятий, включая реанимационные. Я понимаю, что в результате неоказания помощи в такой ситуации мое животное может погибнуть.

Подпись владельца
(представителя):

_____ **Я СОГЛАСЕН** на выполнение этих добавочных действий и готов оплатить расходы, связанные с непредвиденными ситуациями в размере до 25 000 рублей

Подпись владельца
(представителя):

Я понимаю, что, несмотря на все усилия врачей, направленные на восстановление здоровья моего животного, не может быть гарантией, 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:

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, 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 и дал ответы на все вопросы. Я полагаю, что все было понятно.

Ветеринарный врач _____ / _____
подпись Фамилия, инициалы

Ветеринарный врач _____ / _____
подпись Фамилия, инициалы

