

**Информированное согласие на проведение анестезиологического пособия,
хирургического / диагностического вмешательства.**

(является неотъемлемой частью Договора № _____ от «___»___20___ г. на оказание ветеринарной помощи)

«___»_____20___ г.

Я, _____,

являясь владельцем (ответственным лицом) животного: Вид _____ Пол _____

Порода _____ Кличка _____ Дата рождения _____

Номер амбулаторной карты _____ Вес _____ Вакцинировано ☐ - ДА ☐ - НЕТ

Название вакцины _____, дата вакцинации «___»___20___ г.

(Я информирован(а) о возможном риске заражения инфекционными заболеваниями в клинике при отсутствии вакцинации у моего животного) даю согласие на проведение: Наименование процедуры:

Предварительная стоимость:

(ФИО ветеринарного врача)

Я в полной мере проинформирован(а) ветеринарным врачом:

1. О степени тяжести состояния моего животного и прогнозе;
2. О показаниях к проведению хирургических/диагностических/анестезиологических процедур, их объеме и стоимости лечебных манипуляций;
3. О возможных осложнениях, трудностях и рисках, которые могут возникать в ходе лечения и альтернативах предлагаемому лечению.
4. Ознакомлен с **правилами оказания ветеринарной помощи.**

Я понимаю, что, несмотря на все усилия врачей, направленные на восстановление здоровья моего животного, **не может быть гарантий**, что лечение даст ожидаемые положительные результаты. Я ознакомлен с тем, что всегда существует риск и возможность ранних и поздних осложнений послеоперационного периода, вплоть до летального исхода.



Я проинформирован, что в ходе операции/процедуры могут возникнуть неожиданные обстоятельства, меняющие согласованный характер действий или требующие дополнительных операций/процедур. В таком случае я прошу позвонить мне по телефону:

1. _____ 2. _____

ЕСЛИ Я БУДУ НЕ ДОСТУПЕН для обратной связи, то:

Я ОТКАЗЫВАЮСЬ от оказания таких действий и прошу не проводить никаких мероприятий, включая реанимационные. Я понимаю, что в результате неоказания помощи животное может погибнуть. Подпись: _____ / _____ /	Я СОГЛАСЕН на выполнение таких действий и готов оплатить расходы, связанные с непредвиденными мероприятиями. Подпись: _____ / _____ /
--	--

Я обязуюсь внести **предоплату в размере** _____ **руб.** перед оказанием услуг.

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

Владелец пациента/официальный представитель _____ / _____ /