

**Информированное согласие на размещение животного в стационар.
(является неотъемлемой частью Договора на оказание ветеринарной помощи
№ 167936 от « ____ » _____ 20 ____ г.)**

17.06.2020

Я, Новый2 Тестовый Клиент,

являясь владельцем (ответственным лицом) животного:

Вид кошка Порода Абиссинская Кличка Кузька

Дата рождения 05.04.2016 Номер амбулаторной карты 212840 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 размещение в стационаре для: _____

Предварительный / окончательный диагноз: _____

Предварительная стоимость: _____

Предварительный срок стационарного лечения: _____

Я в полной мере проинформирован ветеринарным врачом:

(ФИО ветеринарного врача)

1. О степени тяжести состояния моего животного и прогнозе;
2. О показаниях к размещению в стационаре, об объеме и стоимости лечебных/диагностических манипуляций;
3. О возможных осложнениях, трудностях и рисках, которые могут возникать в ходе лечения и альтернативах предлагаемому лечению.
4. О правилах размещения животного в стационаре.

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, вплоть до летального исхода.

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

1. _____ 2. _____ Email: _____

ЕСЛИ Я БУДУ НЕ ДОСТУПЕН для обратной связи, то:

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

Я обязуюсь внести **предоплату в размере** _____ **руб.** перед оказанием услуг. Я понимаю, что детализированный счет с точной суммой врач сможет выписать мне только после окончания стационарного лечения.

Телефон стационарного отделения филиала Люблино Свой Доктор +7-926-906-82-36

Режима работы: звонки/посещение/выписка пациентов стационара с 8:00-9:00, 13:00-14:00, 17:00-21:00.

Владелец животного / официальный представитель _____ / _____ /.