

**Информированное согласие на размещение животного в стационар.**

**(является неотъемлемой частью Договора на оказание ветеринарной помощи**

**№ \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ »  
\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.)**

Я, \_\_\_\_\_,

являясь владельцем (ответственным лицом) животного:

Вид \_\_\_\_\_ Порода \_\_\_\_\_

Кличка \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Номер амбулаторной карты \_\_\_\_\_

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:

**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 окончания стационарного лечения.

Телефон стационарного отделения ИВЦ МВА +7-929-516-04-21.

Телефон отделения реанимации ИВЦ МВА +7-929-928-88-34.

Владелец животного / официальный представитель \_\_\_\_\_ /  
\_\_\_\_\_ /.