

## ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Я, владелец животного (представитель владельца), ФИО: Иванов Иван Иванович, госпитализируя свое животное: вид Кошка, пол М, возраст 1 лет 1 мес, кличка Чубакка, номер ЭМК 124257 в блок интенсивной терапии и реанимации ветеринарной клиники "Белый Клык", даю свое добровольное согласие на

1. \_\_\_\_\_ (наименование операции/процедуры), методом, который мой лечащий врач (фамилия) Сапгир Анастасия Григорьевна сочтет наиболее приемлемым и необходимым для восстановления здоровья моего животного.
2. Проведение моему животному анестезии методом, который мой врач-анестезиолог (фамилия) \_\_\_\_\_ сочтет наиболее безопасным и адекватным для моего животного.
3. Проведение моему животному необходимых диагностических процедур и исследований, направленных на уточнение диагноза основного заболевания и сопутствующей патологии, а также выявления динамики состояния в период стационарного лечения.

**Я буду доступен по этим номерам телефона:**

Телефон мобильный: 8-905-541-63-56

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.

4. Я информирован(а) об объеме операции/процедур, **ОБЩАЯ СТОИМОСТЬ КОТОРЫХ СОСТАВИТ:** от \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_ рублей.

5. Сумма, которую необходимо внести авансовым платежом на лицевой счет, согласно п. 5.2 Договора, составляет: \_\_\_\_\_ рублей.

6. Я информирован(а) о предполагаемом последующем лечении и уходе. Я имел(а) возможность задавать любые вопросы, и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.

7. Я понимаю, что в ходе операции/процедуры/анестезии и/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:**

\_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Я **СОГЛАСЕН** на выполнение этих добавочных действий и готов оплатить расходы, связанные с непредвиденными ситуациями в размере до \_\_\_\_\_ рублей.

8. 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.

9. Я понимаю, что должен оплатить все лечебные мероприятия независимо от получения или неполучения желаемого результата, если отсутствие этого результата не вызвано виной врачей.

Дата: \_\_\_\_\_

Владелец животного (представитель) подпись \_\_\_\_\_

**Для связи со стационарным отделением воспользуйтесь телефоном: 89164208175 (Пресня)**

*Пока животное будет у нас, мы сделаем все, чтобы справиться с недугом Вашего животного 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 врачом:** 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.

Дата \_\_\_\_\_ врач \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_