



г. Бронницы

140171, Моск. обл., г. Бронницы,  
ул. Льва Толстого, д. 12А  
т.8(496)473-54-44;8(926)270-03-22.  
ИНН/КПП 5040092649/500245001  
ОГРН 1095040004047

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

(является неотъемлемой частью Договора на оказание платных ветеринарных услуг

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

Я, владелец животного (представитель владельца), ФИО: \_\_\_\_\_,

помещаю свое животное: Вид \_\_\_\_\_ Порода \_\_\_\_\_ Кличка \_\_\_\_\_

в блок интенсивной терапии и реанимации ветеринарной клиники "ВетМастер", даю свое добровольное согласие на

1. \_\_\_\_\_ (наименование операции/процедуры),

методом, который мой лечащий врач (фамилия) \_\_\_\_\_ 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 (доступна) по этим номерам телефона:**

Телефон мобильный:

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(на) об объеме операции/процедур/стационарного лечения, ОБЩАЯ СТОИМОСТЬ КОТОРЫХ СОСТАВИТ:

от \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_ рублей для оперативного вмешательства/процедур;

от \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_ рублей в сутки для стационарного лечения.

5. Сумма, которую необходимо внести авансовым платежом согласно п. 4.2 Договора, составляет:  
\_\_\_\_\_ рублей.

6. Я информирован(на) 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/интенсивной терапии/стационарного лечения 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(ла) принять решение.

ЕСЛИ Я БУДУ НЕ ДОСТУПЕН для обратной связи, то:

<p><b>Я ОТКАЗЫВАЮСЬ</b> 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><b>Я СОГЛАСЕН</b> на выполнение таких действий и готов оплатить расходы, связанные с непредвиденными мероприятиями.</p> <p>Подпись: _____ / _____ /</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

8. Я понимаю, что несмотря на все усилия врачей, направленные на восстановление здоровья моего животного, не может быть гарантий, что оказанная моему животному помощь (операция/процедура/лечение) даст результаты, которые ожидаются от операции/процедуры/лечения. Я ознакомлен(на) с тем, что всегда существует определенный риск и возможность ранних и поздних осложнений, вплоть до летального исхода.

9. Я понимаю, что должен(на) оплатить все лечебные мероприятия независимо от получения или неполучения желаемого результата.

Дата: \_\_\_\_\_

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

**По всем вопросам обращайтесь по телефонам: 8(496)473-54-44; 8(926)270-03-22.**

*Пока Ваше животное будет у нас, мы сделаем все, чтобы справиться с его недугом, 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 \_\_\_\_\_