



Ветеринарная клиника «ЗооМедЭксперт»
Город Смоленск, ул. Рыленкова, дом 59А
Тел. 89290831919
Тел. 22-99-00
zoomed67@mail.ru

Информированное согласие от «__» _____ 20__ г.

На проведение ОПЕРАЦИИ/ПРОЦЕДУРЫ

1. Я, нижеподписавший(-ая)ся: _____

(далее по тексту – Представитель/Владелец животного) Тел.(моб): _____,
даю свое согласие на выполнение моему животному (вид) _____ по кличке
_____ возраст _____ масса _____ в ветеринарной
клинике «ЗооМедЭксперт» (далее – Клиника) для следующей ОПЕРАЦИИ/ПРОЦЕДУРЫ
(описание приводится ниже): _____

2. ОРИЕНТИРОВОЧНАЯ СТОИМОСТЬ:

Оплата нижеперечисленных Операций/Процедур, применения препаратов и иных услуг, производится по выполнении Операций/Процедур.

ОПЕРАЦИЯ/ПРОЦЕДУРА (иное)	
ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ	
ИНЫЕ УСЛУГИ	
СТОИМОСТЬ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ПРЕПАРАТОВ	

3. Доктор Клиники _____ полностью провел оценку состояния моего животного и разъяснил мне суть и цели этой ОПЕРАЦИИ/ПРОЦЕДУРЫ, а также достоинства и возможные осложнения, в том числе ожидаемый риск, который может возникнуть, а также альтернативы предполагаемому лечению и возможности вообще не проводить лечение принадлежащего мне животного. Подтверждаю, что я имел(-а) возможность задавать любые вопросы и на мои вопросы получил(-а) исчерпывающие ответы.

*Пожалуйста, внимательно ознакомьтесь с
вышеприведенными сведениями
и поставьте свою подпись!*

Представитель/
Владелец животного

4. **Я понимаю**, что в ходе ОПЕРАЦИИ/ПРОЦЕДУРЫ могут возникнуть неожиданные обстоятельства, меняющие согласованный характер действий или требующие **дополнительных ОПЕРАЦИЙ/ПРОЦЕДУР**. Поэтому Я согласен(-на) на выполнение этих **добавочных действий**, которые сочтет необходимым вышеуказанный Доктор _____ и его ассистенты.

5. **Я согласен(-на)** на применение таких анестетиков и трансфузий, которые будут сочтены необходимым. *Я понимаю, что всегда присутствует риск, в том числе для поддержания жизни, при применении анестезии и гемотрансфузии и о возможности такого риска мне предоставили полную информацию.*

6. **Я признаю**, что работа, проводимая врачами, связана с вмешательством в живой организм, поэтому **НЕ** имеется точных гарантий, результата проведенной ОПЕРАЦИИ/ПРОЦЕДУРЫ, сделанной моему животному, которые ожидалась от этой ОПЕРАЦИИ/ПРОЦЕДУРЫ, однако мне понятно, что все действия с моим животным будут направлены на достижение наилучшего и благополучного результата возможного при каждом конкретном случае и состоянии животного.

7. **Я предупрежден(-а)** настоящим о возможности отсутствия в особых случаях положительной ответной реакции ОРГАНИЗМА ЖИВОТНОГО на терапию и вероятности летального исхода, но даже понимая возможность этих случаев при правильно проведенных ОПЕРАЦИЯХ/ПРОЦЕДУРАХ, претензий к Клинике не имею и не буду иметь.

8. **Я подтверждаю**, что ОПЕРАЦИЯ/ПРОЦЕДУРА, указанная(-ые) в Пункте 2. настоящего документа будут проводиться с моего согласия и одобрения, и отсутствуют сведения, которые для меня не понятны и/или в которых я не уверен. Проведение ОПЕРАЦИИ/ПРОЦЕДУРЫ, указанной в Пункте 2. продиктовано и проводится вследствие первоначальных данных по диагностике состояния моего животного и согласованного лечебного плана. Впоследствии я согласен(-на) придерживаться всех рекомендаций лечащего Доктора Клиники или его замещающего лица, в противном случае ответственность за здоровье и жизнь моего животного будет возлагаться на меня.

9. **Я полностью прочитал(-а) и понял(-а) весь вышенаходящийся текст. Имеющиеся в тексте пространства для собственноручного заполнения были пустыми и я отметил(-а) словами варианты в соответствующих пунктах, с которыми был(-а) НЕ согласен(-на).**

Собственноручно и без какого-либо принуждения заверяю личной подписью настоящий документ.

Представитель/Владелец животного: _____ / (_____)
подпись Ф.И.О.

Я свидетельствую, что разъяснил владельцу (официальному представителю) животного суть, достоинства, риск и альтернативы предполагаемой ОПЕРАЦИИ/ПРОЦЕДУРЫ, дал ответы на все заданные вопросы, а также ДОВЕЛ ИНФОРМАЦИЮ о стоимости процедуры.

Я полагаю, что озвученная мною информация ПОНЯТНА и ЯСНА Владелецу/Представителю.

Доктор Клиники/Ассистент _____ (_____)
подпись Ф.И.О.

Если у вас остались вопросы, пожалуйста, проконсультируйтесь с Вашим лечащим Доктором.