Индивидуальный предприниматель Хомченко Лариса Михайловна

ИНН 312301340009 ОГРН 304312335000321 Р/сч.40802810100020000459

 к/сч. 30101810100000000701 БИК 041403701 в ЗАО УКБ «БЕЛГОРОДСОЦБАНК»

г. Белгород. Тел.: +7 (4722) 25-06-87, +7(4722)557-900 . Е-mail:vetfriends31@gmail.com

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Информированное согласие на размещение животного в стационар.**
**(является неотъемлемой частью Договора-оферты на оказание ветеринарной помощи)**

 «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_ г.
Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
являясь владельцем (ответственным лицом) животного: Вид \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Пол\_\_\_\_\_\_\_\_
Порода \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Кличка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Окрас\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Номер амбулаторной карты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Вес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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. Ознакомлен(а) с ***Правилами оказания ветеринарной помощи*** и ***Правилами размещения******животного в стационаре.***

***5. Подтверждаю присоединение к Договору оферты на оказание ветеринарной помощи.***

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(а), 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. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЕСЛИ Я БУДУ НЕ ДОСТУПЕН для обратной связи, то:

|  |  |
| --- | --- |
| **Я ОТКАЗЫВАЮСЬ** от оказания такихдействий и прошу не проводить никакихмероприятий, включая реанимационные. Японимаю, что в результате неоказания помощиживотное может погибнуть.Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | **Я СОГЛАСЕН** на выполнение таких действийи готов оплатить расходы, связанные снепредвиденными 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.

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