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](mailto:vetfriends31@gmail.com)

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

**Информированное согласие на проведение анестезиологического пособия,**  
**хирургического / диагностического вмешательства .  
(является неотъемлемой частью Договора- оферты на оказание ветеринарной помощи)**

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_ г.  
Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  
являясь владельцем (ответственным лицом) животного: Вид \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Пол\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Порода \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Кличка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 проведение:**

Наименование процедуры: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Предварительная стоимость :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я в полной мере проинформирован(а) ветеринарным врачом:

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

(ФИО ветеринарного врача)

1. О степени тяжести состояния моего животного и прогнозе.

2. О показаниях к проведению хирургических/диагностических/анестезиологических процедур, их объеме и стоимости лечебных манипуляций.

3. О возможных осложнениях, трудностях и рисках, которые могут возникать в ходе лечения и альтернативах предлагаемому лечению.

4. Ознакомлен с ***Правилами оказания ветеринарной помощи***.

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  
послеоперационного периода, вплоть до летального исхода.  
Я проинформирован, что в ходе операции/процедуры 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 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  
проведения операции/процедуры.

**Владелец пациента/официальный представитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**