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 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 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  
окончания стационарного лечения.

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