****

**Информированное согласие на размещение животного в стационар ветеринарной поликлиники «Добровет»**

(Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный центр охраны здоровья животных» (ФГБУ «ВНИИЗЖ») Юридический адрес: 600901, область Владимирская область, город Владимир, микрорайон Юрьевец ИНН 3327100048 КПП 332701001,

Адрес места нахождения полклиники: г. Тверь, ул. Левитана, д. 36/75)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

являясь **Владельцем/Доверенным лицом** нижеуказанного животного (Пациента):

**Данные Пациента:**

Вид \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Порода \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кличка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер амбулаторной карты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Вакцинировано против бешенства: ☐ - ДА ☐ - НЕТ**

Вакцина: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата последней вакцинации «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_

**Информирован(а)**о возможном риске заражения инфекционными заболеваниями в Поликлинике при отсутствии вакцинации у моего животного.

**Даю согласие на размещение в стационаре для:**

Предоперационное и послеоперационное сопровождение

Предварительный / окончательный диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Предварительный срок стационарного пребывание \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Я в полной мере проинформирован(а) 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 ветеринарных услуг и Правилами размещения животного в стационаре.

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(а) 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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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.

**Владелец Пациента / Доверенное лицо: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_/**

**Я СОГЛАСЕН**на выполнение таких действий и готов оплатить расходы, связанные с непредвиденными мероприятиями.

**Владелец Пациента / Доверенное лицо: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**

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 Пациента / Доверенное лицо: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**