# ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Я, владелец животного (представитель владельца)

Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Оставляю свое животное: вид \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, пол Ж/М, возраст \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_кличка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в отделении интенсивной терапии и реанимации ветеринарной клиники Эфа,

**ДАЮ СВОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА:**

* 1. Проведение оперативного вмешательства /процедуры -\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Методом, которым мой лечащий врач: ф.и.о\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_сочтет наиболее приемлемым и необходимым для восстановления здоровья моего животного.
	2. Проведение моему животному необходимых диагностических процедур и исследований, направленных на уточнение диагноза основного заболевания и сопутствующей патологии, а также выявления динамики состояния в период лечения.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Я ОТКАЗЫВАЮСЬ от проведения дополнительных исследований, необходимых для проведения данной операции/процедуры. Я понимаю, что в этом случае существует определенный риск и возможность ранних и поздних осложнений, вплоть до летального исхода. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)**

**Я БУДУ ДОСТУПЕН ПО ЭТИМ НОМЕРАМ ТЕЛЕФОНА:**

**Мой лечащий врач полностью разъяснил(а) мне суть и цели этих медицинских манипуляций, возможные осложнения, трудности и риски, которые могут возникнуть, а также альтернативы предлагаемому лечению и возможность вообще отказаться от лечения. Мною получены все разъяснения врача о состоянии моего животного, которое определено как: удовлетворительное**

         средней тяжести;            тяжелое;            особо тяжелое;
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Я информирован(а) об объеме операции/процедур.

Общая стоимость которых составит: от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб

5. Сумма, которую необходимо внести авансовым платежем составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_рублей.

6. Я информирован(а) о предполагаемом последующем лечении и уходе. Я имел(а) возможность задавать любые вопросы, и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.

7. Я понимаю, что в ходе операции/процедуры/анестезии/интенсивной терапии могут возникнуть непредвиденные ситуации, меняющие запланированный характер действий или требующие дополнительных мероприятий или изменения тактики лечения. В таком случае:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Я прошу позвонить мне по телефону, чтоб я мог принять решение.

**ЕСЛИ Я БУДУ НЕДОСТУПЕН ПО ТЕЛЕФОНУ**:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Я СОГЛАСЕН(сна) на выполнение этих добавочных действий на усмотрение врача и готов(а) оплатить расходы, связанные с непредвиденными ситуациями в размере до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Я ОТКАЗЫВАЮСЬ** от оказания таких услуг и прошу не проводить никаких мероприятий, включая реанимационные. Я понимаю, что в результате неоказания помощи в такой ситуации мое животное может погибнуть**. Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

8. Я понимаю, что, несмотря на все усилия врачей, направленные на восстановление здоровья моего животного, не может быть гарантий, что сделанное моему животному даст результаты, которые ожидаются от этой операции/процедуры. Я ознакомлен(а) с тем, что всегда существует определенный риск и возможность ранних и поздних осложнений, вплоть до летального исхода.

9. Я согласен(сна), что должен(жна) оплатить все проведенные лечебные мероприятия не зависимо от получения или неполучения желаемого результата.

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Владелец/представитель животного\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ***Заполняется врачом:***

 *Я свидетельствую, что разъяснил(а) владельцу/представителю животного суть, достоинства, риск и альтернативы предлагаемого лечения/оперативного вмешательства, дал(а) ответы на все вопросы. Я полагаю, что Владельцу животного все было понятно.*

*Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*