



ЦЕНТРАЛНА ВЕТЕРИНАРНА КЛИНИКА



ул. Чавдар Мутафов 25 Б
до ЗООПАРКА

www.centralvetclinic.com

тел.: 0888 100 970
0899 100 970
02 421 99 99

СЪГЛАСИЕ

Пациент: име..... вид..... пол..... порода..... възраст.....

Собственик.....

Телефон за контакт.....

Съгласие за хоспитализация / анестезия / хирургия

Аз съм собственик на (отговорен съм за) описаното животно и имам право да взема решение за следните процедури:

.....
.....

Прогноза.....Очаквани усложнения.....

Разбирам, че по време на процедурите могат да възникнат обстоятелства, които да наложат промени в тях, както и назначаването на процедури, различни от предварително дискутираните. С подписването на този формуляр се съгласявам и оторизирам извършването на процедури, които са необходими според професионалната преценка на ветеринарния лекар. Беше ми обяснена същността на манипулациите, както и съществуващите рискове.

Разбирам, че не може винаги да се гарантира успешен резултат и че поради възникването на непредвидени усложнения от медицински произход, съществува риск пациента да умре независимо от прилаганата адекватна терапия и реанимация.

Подпис

Отговорен/а съм за заплащането на процедурите/хоспитализацията и се задължавам да плащам сметките към клиниката не по-рядко от на всеки 48 ч., както и всичко останало дължимо - при изписване на животното от клиниката.

Информация за хоспитализираните пациенти ще получавам всеки ден след 12.00 ч., а свиждането е всеки ден между 13.00 и 19.00ч.

Предупреден съм, че пациента НЕ трябва да е приемал храна поне 12 часа преди анестезията.

В случай на кардиопулмонален арест съм съгласен/а / не съм съгласен/а на пациента да бъде направена кардиопулмонална реанимация, която ми беше обяснена като процедура, както и съпътстващите я разходи.

Подпис

Прочетох и разбрах съдържанието на този формуляр.

Подпис.....

Дата.....