



**Общество  
с ограниченной ответственностью  
«ВЕТЕРИНАРНОЕ ЗДОРОВЬЕ»**

Юридический адрес: 119571, г. Москва, ул. Академика  
Анохина, дом 64, стр. А, помещ. 1/1

**ОГРН 1217700288233 ИНН 9729310110**

Телефоны: 8 (499) 110-66-86. Сайт: [www.med-vet.ru](http://www.med-vet.ru).

**О=Б=Р=А=З=Е=Ц**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ  
на ПРОВЕДЕНИЕ ОПЕРАЦИИ/ПРОЦЕДУРЫ**

город Москва

«XX» МЕСЯЦ 202X года

1. Я, нижеподписавший(ая)ся: \_\_\_\_\_  
Паспорт: Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ дата выдачи: \_\_\_\_\_, код подразделения:  
\_\_\_\_\_ (далее по тексту – Представитель / Владелец животного. Тел.(моб.):  
\_\_\_\_\_, даю свое согласие на выполнение моему животному по кличке  
«\_\_\_\_\_» в Ветеринарном Центре ООО «ВЕТЕРИНАРНОЕ ЗДОРОВЬЕ»  
следующей ОПЕРАЦИИ / ПРОЦЕДУРЫ (описание приводится ниже):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2. ОРИЕНТИРОВОЧНАЯ СТОИМОСТЬ:**

**Оплата нижеперечисленных Операций / Процедур, применения препаратов и иных услуг, производится в виде 100% предоплаты, если иной порядок не был согласован с лечащим Врачом.**

<b>ОПЕРАЦИЯ / ПРОЦЕДУРА (иное)</b>	
<b>ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ</b>	
<b>ИНЫЕ УСЛУГИ</b>	

**3. Врач Ветеринарного Центра ООО «ВЕТЕРИНАРНОЕ ЗДОРОВЬЕ»** \_\_\_\_\_  
полностью провел оценку состояния моего животного и разъяснил мне суть и цели этой  
ОПЕРАЦИИ / ПРОЦЕДУРЫ, а также достоинства и возможные осложнения, в том числе  
ожидаемый риск, который может возникнуть, а также альтернативны предполагаемому лечению и  
возможности вообще не проводить лечение принадлежащего мне животного. Подтверждаю, что я  
имел(-а) возможность задавать любые вопросы и на мои вопросы получил(-а) исчерпывающие  
ответы.

**4. Я понимаю,** что в ходе ОПЕРАЦИИ / ПРОЦЕДУРЫ могут возникнуть неожиданные  
обстоятельства, меняющие согласованный характер или требующие **дополнительных**

*Пожалуйста, внимательно ознакомьтесь  
с вышеприведенными сведениями  
и поставьте свою подпись!*

Представитель/ Владелец животного

\_\_\_\_\_

**ОПЕРАЦИЙ / ПРОЦЕДУР.** Поэтому Я согласен(-на) на выполнение этих добавочных действий, которые сочтет необходимыми вышеуказанный Врач \_\_\_\_\_ и его помощники.

5. Я предупрежден(-а), что во время проведения ОПЕРАЦИИ / ПРОЦЕДУРЫ, а также в ходе последующего лечения, может возникнуть единовременная необходимость взятия анализов и/или взятие последующих дополнительных анализов у моего животного, на что я даю свое согласие.

6. Я согласен(-на) на применение таких анестетиков и трансфузий, которые будут сочтены необходимыми. Я понимаю, что всегда присутствует риск, в том числе для поддержания жизни, при применении анестезии и гемотрансфузии о возможности такого риска мне представили полную информацию.

7. Мне известно, что в ходе вышесогласованной операции, со всеми органами и тканями, удаленными у моего животного и подлежащими ликвидации в установленном Законом порядке, может быть проведена исследовательская работа, а также они (органы и ткани) могут быть оставлены в Ветеринарном Центре для использования в ветеринарных, научных и/или учебных целях. В случае НЕСОГЛАСИЯ на такое использование, просьба отметить \_\_\_\_\_, отсутствие возражения на такие действия, означает СОГЛАСИЕ на вышеперечисленные виды действий. Во всех иных случаях данные органы и ткани подлежат ликвидации в соответствии с обычной практикой их уничтожения в Российской Федерации.

8. Я признаю, что работа проводимая врачами, связан с вмешательством в живой организм, поэтому НЕ имеется точных гарантий, результата проведенной ОПЕРАЦИИ / ПРОЦЕДУРЫ, сделанной моему животному, которые ожидалось от этой ОПЕРАЦИИ / ПРОЦЕДУРЫ, однако, мне понятно, что все действия с моим животным будут направлены на достижение наилучшего и благополучного результата возможного при каждом конкретном случае и состоянии животного.

9. Я предупрежден(-а) настоящим о возможности отсутствия в особых случаях положительной ответной реакции ОРГАНИЗМА ЖИВОТНОГО на терапию и вероятности летального исхода, но даже понимая возможность этих случаев при правильно проведенных ОПЕРАЦИЯХ / ПРОЦЕДУРАХ, претензий к Ветеринарному Центру Общество с ограниченной ответственностью «ВЕТЕРИНАРНОЕ ЗДОРОВЬЕ» не имею и не буду.

10. Я подтверждаю, что ОПЕРАЦИЯ / ПРОЦЕДУРА, указанная(-ые) в Пункте 2. Настоящего документа будут проводится с моего согласия и одобрения, и отсутствуют сведения, которые для меня не понятны и/или в которых я не уверен. Проведение ОПЕРАЦИИ / ПРОЦЕДУРЫ, указанной в Пункте 2. Продиктовано и проводится вследствие первоначальных данных по диагностике состояния моего животного и согласованного лечебного плана. Впоследствии я согласен придерживаться всех рекомендаций лечащего Ветеринарного Врача ООО «ВЕТЕРИНАРНОЕ ЗДОРОВЬЕ» или его замещающего лица, в противном случае ответственность за здоровье и жизнь животного будет возлагаться на меня.

11. Я полностью прочитал(-а) весь вышенаходящийся текст. Имеющиеся в тексте пространства для собственноручного заполнения были пустыми, и я отметил(-а) словами варианты в соответствующих пунктах, с которыми был(-а) Не согласен(-на).

*Собственноручно и без какого-либо принуждения заверяю личной подписью настоящий документ.*

Представитель / Владелец животного: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
Подпись ФИО

Я свидетельствую, что разъяснил владельцу (официальному представителю) животного суть, достоинства, риск и альтернативы предлагаемой ОПЕРАЦИИ / ПРОЦЕДУРЫ, дал ответы на все заданные вопросы, а также ДОВЕЛ ИНФОРМАЦИЮ о стоимости ОПЕРАЦИИ / ПРОЦЕДУРЫ. Я полагаю, что озвученная мною информация ПОНЯТА и ЯСНА владельцу/представителю.

Врач Ветеринарного Центра ООО «ВЕТЕРИНАРНОЕ ЗДОРОВЬЕ»

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
Подпись ФИО