

Дата: «\_\_» \_\_\_\_\_ 2024 года.



**ВЕТЕРИНАРНАЯ  
КЛИНИКА  
«ТАЛИСМАН»**  
РК, 050052, г.Алматы,  
ул.Ахметова 2  
+7 727 247 87 16  
+7 777 733 15 15  
[info@vetclinic.kz](mailto:info@vetclinic.kz)  
vetclinic.kz

ВЛАДЕЛЕЦ ЖИВОТНОГО:

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_

ИИН: \_\_\_\_\_

Сот.Номер: \_\_\_\_\_

Адрес проживания:  
\_\_\_\_\_

Животное: \_\_\_\_\_

ВИД: кошка/собака/\_\_\_\_\_

Я, (ФИО) \_\_\_\_\_ (далее – **Клиент**), добровольно передаю свое **Животное** на лечение в **Ветеринарную клинику «Талисман»** (далее – **Клиника**), для проведения необходимых процедур (нужное подчеркнуть):

- Диагностического обследования
- лечения
- Стационарного лечения
- Хирургического вмешательства
- \_\_\_\_\_

**Я согласен с методами, которые врачи сочтут наиболее приемлемыми и необходимыми для ветеринарного лечения, в том числе при возможных осложнениях в ходе диагностики/операции/стационарного лечения. Врачи полностью разъяснили суть и цели этих медицинских процедур, возможные осложнения, трудности и риски, которые могут возникать, а также альтернативы предлагаемому лечению и возможность вообще отказаться от лечения.**

- **Подпись Клиента:** \_\_\_\_\_.

**Я информирован об объеме вышеуказанных процедур, а также об увеличении стоимости в связи с возможными осложнениями.**

**Я ознакомлен с перечнем предоставляемых Клиникой услуг и их стоимостью.**

Сумма, которую вношу авансовым платежом на лицевой счет, составляет: \_\_\_\_\_ тг.

Я понимаю, что несмотря на все усилия врачей, направленные на лечение животного, **не может быть гарантий**, что оказанные услуги и лечение дадут результаты, которые ожидаются от этой диагностики/операции/процедуры. Я ознакомлен с тем, что всегда существует определенный риск и возможность ранних и поздних осложнений, вплоть до **летального исхода**.

- **Подпись Клиента:** \_\_\_\_\_.

**ВРАЧИ РАЗЪЯСНИЛИ МНЕ РИСКИ, СВЯЗАННЫЕ С ОТСУТСТВИЕМ РЕЗУЛЬТАТОВ НУЖНЫХ АНАЛИЗОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СООТВЕТСТВУЮЩИХ ПРОЦЕДУР, ПОЭТОМУ Я:**

**-СОГЛАСЕН** на проведение дополнительных анализов перед процедурами, рекомендуемых врачом, для уменьшения риска летального исхода Животного. **Подпись:** \_\_\_\_\_.

**-ОТКАЗЫВАЮСЬ** от проведения дополнительных анализов перед процедурами. **Подпись:** \_\_\_\_\_.

**Я подтверждаю, что являюсь собственником (владельцем) и/или действую с согласия**  
собственника \_\_\_\_\_ животного \_\_\_\_\_ **(Ф.И.О)**

**Подпись и Ф.И.О. (прописью):** \_\_\_\_\_.