

## SOUHLAS SE ZÁKROKEM V ANESTEZII

### 1. Veterinární lékař:

MVDr. Jméno Příjmení, reg. č. KVL xxxx  
Veterinární klinika MEDICANIMA  
Voctářova 18, 180 00 Praha 8 – Libeň

### 2. Majitel:

Titul Jméno Příjmení  
Adresa bydliště

### 3. Pacient :

Druh zvířete:	Pohlaví:	Plemeno:
Jméno:	Mikročip č.	

Charakter zákroku:

Předpokládané datum propuštění:

Předpokládaná cena:

Složená záloha:

Já, níže podepsaný/á, tímto prohlašuji, že jsem majitelem pacienta, nebo mám souhlas majitele k jeho zastupování, a vyslovuji svůj souhlas s provedením uvedeného zákroku.

Svým podpisem stvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a se zdravotním stavem pacienta a souhlasím s navrženými léčebnými postupy. Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s případnými riziky a beru na vědomí, že klinika nemůže nést odpovědnost za vývoj zdravotního stavu pacienta, ale pouze za správnost lékařských postupů.

Souhlasím s předpokládanou cenou a složením zálohy v uvedené výši. Beru na vědomí, že mohou nastat nepředpokládané výdaje vlivem vývoje zdravotního stavu pacienta a zavazuji se uhradit vyúčtovaný doplatek nejpozději při propuštění pacienta.

Zavazuji se vyzvednout pacienta v den předpokládaného propuštění. Nestane-li se tak, každý započatý den hospitalizace bude účtován dle obvyklé sazby. V případě, že nevyzvednu pacienta do tří dnů od předpokládaného data propuštění bez udání závažného důvodu, může být považován za opuštěné zvíře a předán do péče útulku.

V Praze dne

Vlastnoruční podpis majitele nebo jeho oprávněného zástupce:

-----