

## Dati Personali Struttura Sanitaria

Proprietario Sig. \_\_\_\_\_  
Indirizzo: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
Documento: \_\_\_\_\_  
Specie: \_\_\_\_\_ Razza: \_\_\_\_\_ Sesso: m.  f.   
Età: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ Colore: \_\_\_\_\_  
Microchip \_\_\_\_\_

### Dichiarazione di autorizzazione e consenso informato al ricovero • trattamenti terapeutici medici e/o chirurgici • all'anestesia generale • con accettazione del preventivo allegato.

In qualità di proprietario dell'animale sopra descritto (o persona autorizzata con delega dal proprietario stesso) dichiaro di essere maggiorenne e di **autorizzare le seguenti procedure:**

- Intervento chirurgico in anestesia generale consistente in** \_\_\_\_\_
- Anestesia generale**     **Sedazione per:** \_\_\_\_\_
- Anestesia generale per indagine diagnostica consistente in** \_\_\_\_\_
- Ricovero**         **Altro:** \_\_\_\_\_

1. In considerazione delle suddette procedure vengono **effettuati e/o consigliati** di routine i seguenti esami:  
 Esame emocromo citometrico     Profilo preoperatorio di base (6 parametri)     Profilo preoperatorio completo (12 parametri)     E.C.G.     RX     Profilo coagulativo     Ecografia     Ecocardiografia     Gastrosopia     Colonscopia     Rinoscopia  
 Broncoscopia     Esame del liquor     Mielografia     Tac     Risonanza magnetica  
 Visita specialistica con: \_\_\_\_\_     altro: \_\_\_\_\_ che dichiaro espressamente di autorizzare, secondo il preventivo sottoposti; ovvero:  **dichiaro di ritenere superflue** le indagini proposte ed indicatemi come necessarie e autorizzo i medici ad eseguire l'intervento chirurgico/terapeutico direttamente.
2. In caso di asportazione di una parte anatomica si autorizzano  gli esami consigliati (\_\_\_\_\_) ovvero non si autorizzano  gli esami consigliati, e che in caso di invio a laboratori esterni di campioni per l'effettuazione degli esami, lo smarrimento degli stessi non è imputabile ai medici veterinari curanti.
3. Dichiaro di essere stato informato che il mio animale verrà sottoposto ad anestesia generale e che tale pratica non è esente da complicanze generali ed a rischi intrinseci anche se attuata con perizia, diligenza e prudenza.
4. Dichiaro di essere stato informato della necessità di sospendere l'alimentazione solida e liquida 12 ore prima dell'anestesia, della qual cosa mi assumo la diretta responsabilità.
5. Qualora durante l'intervento si verificassero particolari difficoltà di ordine tecnico relative sia alla malattia, che alle condizioni generali del mio animale, accetto, sin d'ora, le modifiche che si rendessero necessarie.
6. Dichiaro infine di essere stato informato degli eventuali rischi che tale intervento comporta, e che comunque verranno adottate le misure precauzionali e procedurali idonee, dichiaro di essere a conoscenza che la funzionalità anatomo- fisiologica della parte interessata dall'intervento non necessariamente verrà ristabilita, o addirittura non verrà restituita.
7. Con le dimissioni dell'animale dalla struttura veterinaria, che avviene dopo che il personale medico ha accertato che i parametri fisiologici risultano nella norma, mi assumo personalmente la responsabilità di vigilare l'animale, e comunicare tempestivamente in caso di necessità ai medici eventuali complicazioni di qualsiasi natura, onde evitare che situazioni contingenti e/o comportamenti imprevedibili dello stesso possano condizionare negativamente l'esito dell'intervento od esporne a rischi la vita, motivo per il quale quindi sollevo con la presente da ogni responsabilità i medici e il direttore sanitario.

Firma per accettazione \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

1. Prendo atto che il costo della suddetta operazione viene quantificato, salvo imprevisti e/o complicazioni, secondo il preventivo sotto indicato che accetto formalmente, e che ammonta a € \_\_\_\_\_ + ENPAV + IVA fermo restando che gli importi riferiti alla chirurgia sono suscettibili di variazioni dell'ordine del 20% circa in relazione ad eventuali difficoltà di ordine tecnico relative sia alla malattia che alle condizioni generali del paziente e che possono richiedere un maggiore impiego di tempo e materiale.
2. Dichiaro di essere stato informato della necessità da parte dei medici, di seguire il decorso post-operatorio con successive terapie, controllo grandi funzioni, medicazioni ecc. con frequenza \_\_\_\_\_ e che per le stesse dovrò sostenere un ulteriore costo come da preventivo che accetto formalmente e che ammonta a € \_\_\_\_\_ + ENPAV + IVA.
3. Modalità di pagamento mediante fattura
  - alle dimissioni del paziente dalla Clinica,
  - altro \_\_\_\_\_
4. Il mancato pagamento delle prestazioni nei termini previsti implica l'emissione di un avviso di pagamento, che deve essere saldato entro quindici giorni, trascorsi i quali si procederà alla riscossione del debito per via legale con aggravio delle conseguenti spese.
5. Mi impegno a rispettare con la massima puntualità l'appuntamento per l'intervento e, comunque, a comunicare tempestivamente ed in anticipo l'eventuale impossibilità a presentarmi.

**In generale appuntamenti non disdetti almeno 12 ore prima o non rispettati prevedono, il pagamento del 50% dell'onorario della prestazione per la quale l'appuntamento era stato fissato.**

Firma per presa visione ed accettazione \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Qualora durante l'intervento chirurgico venisse evidenziata, ad insindacabile giudizio del medico veterinario, una situazione a prognosi infausta, si autorizzano i medici, come da informazioni ricevute prima dell'intervento, onde evitare inutili sofferenze al mio animale, a procedere con l'eutanasia. Per questa eventualità dichiaro che il soggetto non ha morsicato né graffiato negli ultimi 10 giorni, e ne autorizzo, non richiedendo l'autopsia, l'incenerimento.

Firma per presa visione ed accettazione \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**In ottemperanza all'obbligo di informativa al cliente** - "Legge Gelli" e "Legge Annuale 2017 sulla Concorrenza" prevedono l'obbligo per i professionisti/strutture di rendere noti al cliente, in forma scritta o digitale, al momento dell'assunzione dell'incarico, gli estremi della polizza stipulata per la responsabilità professionale e il relativo massimale.

[LEGGE 8 marzo 2017, n. 24](#)

Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

In vigore dal: 01/04/2017

[LEGGE 4 agosto 2017, n. 124](#)

Legge annuale per il mercato e la concorrenza.

In vigore dal: 29/08/2017

**Polizza R.C. Professionale** ..... N° .....