**CONSENSO INFORMATO AL PREVENTIVO AI FINI DI:**

**RICOVERO, TRATTAMENTI DIAGNOSTICO/TERAPEUTICI E/O CHIRURGICI ED ANESTESIA**

**Cognome e Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**nato a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cap: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Comune: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Telefono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Proprietario/a o Afﬁdatario/a di (nome dell’animale)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Specie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Razza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sesso: \_\_\_\_\_\_\_** **Età:\_\_\_\_\_\_ Mantello:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Chip: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

In data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ la presenza dei seguenti segni/sintomi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

motiva la richiesta dei seguenti esami, trattamenti diagnostico terapeutici, anestesia, chirurgia, ricovero. A seguito delle indicazioni si richiede pertanto il consenso alla esecuzione e l’accettazione delle tariffe relative alle prestazioni professionali che verranno erogate:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Esame** | **Specifica** | **Importo** | **Consenso all’esecuzione** |
| VISITA CLINICA ⬜ |  |  | SI ⬜ **NO** ⬜ |
| VISITA SPECIALISTICA ⬜ |  |  | SI ⬜ **NO** ⬜ |
| ESAMI DEL SANGUE ⬜ |  |  | SI ⬜ **NO** ⬜ |
| ESAME DELLE URINE ⬜ |  |  | SI ⬜ **NO** ⬜ |
| MICROBIOLOGIA ⬜ |  |  | **SI** ⬜ **NO** ⬜ |
| PARASSITOLOGIA⬜ |  |  | **SI** ⬜ **NO** ⬜ |
| CITOLOGIA ⬜ |  |  | S**I** ⬜ **NO** ⬜ |
| ISTOLOGIA ⬜ |  |  | **SI** ⬜ **NO** ⬜ |
| ECOGRAFIA ⬜ |  |  | **SI** ⬜ **NO** ⬜ |
| RADIOGRAFIA ⬜ |  |  | SI ⬜ **NO** ⬜ |
| TAC ⬜ **RMN**  ⬜ **SCINTIGRAFIA** ⬜ |  |  | SI ⬜ **NO** ⬜ |
| ENDOSCOPIA ⬜ |  |  | SI ⬜ **NO** ⬜ |
| CHIRURGIA ⬜ |  |  | SI ⬜ **NO** ⬜ |
| ESAMI ESTERNI ⬜ |  |  | SI ⬜ **NO** ⬜ |
| Altro ⬜ |  |  | SI ⬜ **NO** ⬜ |
| Altro ⬜ |  |  | SI ⬜ **NO** ⬜ |
| Altro ⬜ |  |  | SI ⬜ **NO** ⬜ |
| Altro ⬜ |  |  | SI ⬜ **NO** ⬜ |
| Altro ⬜ |  |  | SI ⬜ **NO** ⬜ |
| RICOVERO /DIE ⬜ |  |  | SI ⬜ **NO** ⬜ |
| **TOTALE** | € |  |  |

Gli importi sopra elencati potranno subire variazioni non superiori al 10% in funzione di esigenze contingenti

Si accetta altresì che il Medico Veterinario impieghi o modifichi durante le procedure sopra descritte le metodiche che riterrà più idonee al caso e alle condizioni cui si troverà a fare fronte. In questo caso, il proprietario verrà preventivamente informato delle nuove procedure necessarie e del relativo costo, salvo nel caso in cui le modifiche di procedure o trattamenti rivestano carattere di urgenza a tutela della vita del paziente

Il proprietario prende visione ed accetta.

Firma del proprietario/detentore …………………………………………………………………………..…

Firma del medico curante …………………………………………………………………………..…