



Veterinary Clinic
SINCE 1999

MUAYENE, TEDAVİ İZİN VE TAHMİNİ ÜCRET TALEP FORMU

FORM 6



HASTA SAHİBİ BİLGİLERİ	HASTA BİLGİLERİ	KAYIT NO:
ADI SOYADI :	MİCRUS CHİ :	
T.C. NO :	HAYVANIN ADI :	
CEP TEL :	TEBİ / İRKİ :	
E MAIL :	YAŞ / CİNSİYET :	♂ ♀ ○
YAKINI ADI-SOY :	RENGİ :	
CEP TEL :	MUAYENE TARİHİ :	
DİĞER :	TABURCU TARİHİ :	

Ben yukarıda özellikleri belirtilen hayvanın sahibiyim/vekilim. Hayvanımın durumu, yapılan muayenede Petland Veteriner Kliniği Veteriner Hekimi tarafından bana, tümüyle, açık ve net şekilde anlatıldı. İzlenecek tedavi yöntemi, hastalığın muhtemel sonucu (prognozu) konusunda yapılan açıklamaları anladım. Muayene ve tedavi boyunca yapılacak tüm uygulamalar hakkında merak ettiğim tüm sorularıma cevap aldım. Veteriner Hekimler tarafından yapılacak muayene ve tedavi sırasındaki girişimler ile kan, idrar, biyopsi alınması, enjektabil ve/veya oral ilaç ve serum verilmesi, damar yolu açılması, intraket takılması vb. tüm uygulamalara, ekg, röntgen, ultrason gibi tıbbi görüntülemelere ve gerekli olan tüm işlemlerde hayvanın zapt-u rapt altına alınması, kendisine ve çevresine zarar vermemesi için ağızlık takılması, ağzının bağlanması, üstünün ve kafasının örtülmesi, uygun görülecek yöntemlerle tutulması ve uygun sedasyon ve anestezinin yapılması konusunda bilgilendirildim. Anladım. Kabul ediyorum. Belirlenen ve gelişmelere bağlı olarak Veteriner Hekimce uygun görülecek diğer tedavi yöntemlerinin uygulanmasına izin veriyorum. Hastalığın tedavisi konusunda bana hiçbir garanti verilmediğini, tıbbi müdahalelere rağmen bana anlatılan riskler nedeniyle meydana gelebilecek olumsuz sonuçlardan ötürü Petland Veteriner Kliniği hekimlerini ve çalışanlarını sorumlu tutmayacağım hususunu şimdiden, kesin ve net olarak beyan ve kabul ederim. Yapılan hizmetler karşılığında önceden bana bildirilen ücretleri ve hayvanımın klinikte kaldığı süre içerisinde hekim tarafından uygun görülen diğer ilaç, prosedür, müdahaleden ortaya çıkacak tüm masrafları ödemeyi şimdiden kabul ve taahhüt ederim. Tıbbi müdahale için bırakılan evcil hayvanımı, tedavisinin tamamlandığı ve/veya taburcu edileceği hususunda bana/vekilime yapılacak sözlü veya yazılı bildirimi takip eden gün teslim alacağımı, bu tarihte teslim almamam durumunda fazla kaldığı gün hesabı üzerinden konaklama ücretini ödeyeceğimi, fazlaya dair bu kalış süresinin en fazla 7 gün olduğunu, bu sürenin sonunda da evcil hayvanımı almamam halinde barınağa teslim edileceği hususunu, evcil hayvanımın, sağlık bilgileri, aşılama tarihleri gibi bilgilendirmelere, doğum günü, bayramlar, yılbaşı ve özel günlerde kutlama mesajlarını sms ve e mail olarak almak istediğimi kabul ederim.

VETERİNER HEKİM :	MUAYENE TARİH / SAAT :
-------------------	------------------------

ANEMNEZ BİLGİLERİ

FİZİKSEL MUAYENE

AĞIRLIK	KALP RİTMİ	LENT BEZLERİ	SOLUNUM
BEDEN ISISI	DEHİDRASYON	A.C	KBB
TANSİYON / NABİZ	MUKOZOLAR	SATURASYON	

TAHLİL / TANI / TIBBİ GÖRÜNTÜLEME

TAM KAN	HOMOGRAM	İDRAR	GAİTA	SİTOLOJİ	MİKROSKOP	BİO KİMYA
RÖNGEN	ULTRASON	EKG	MR	TOMOĞRAFI	VİDEO OTOSKOP	KÜLTÜR

TEŞHİS / TEDAVİ

GÜNLÜK ÜCRET :	TAH. TOP.ÜCRET:
----------------	-----------------

(*) Hayvan Sahibi/ Vekili Ad-Soyad / İmza

(*) Lütfen El Yazınızla “ Okudum, anladım, kabul ediyorum” ibaresini yazınız.