

نموذج الموافقة على العلاج الطبي / الجراحي

اسم المالك: _____
رقم التليفون: _____ الأيميل الإلكتروني: _____
المفوض عن المالك: _____
اسم الحصان: _____ اسم الاسطبل: _____
رقم الرقاقة الإلكترونية: _____ رقم جواز السفر للحصان: _____

المرفق: (نسخة من جواز سفر الحصان توضح بيانات المالك مع الصفحة التخطيطية)
أنا ، الممثل المفوض للمالك / المالك للخيول المذكور أعلاه ، لدي سلطة تنفيذ هذه الموافقة. أفوض مستشفى الشارقة للخيول وموظفيها بعلاج الحصان المذكور أعلاه من أجل التشخيص أو خطة العلاج التالية:

تقدير التكلفة للإجراء المذكور أعلاه بدون مضاعفات هو _____ درهم إماراتي

- يمكن أن تزداد التكلفة إذا ظهرت مضاعفات أو إذا كان هناك حاجة إلى إجراء علاج إضافي وفي هذه الحالة ، سيقوم موظفي المستشفى بإخطار المالك والتوقيع على التكلفة الجديدة .
- سيقدم مستشفى الشارقة للخيول والأطباء البيطريين والمرضى المساعدين الرعاية الطبية البيطرية التي يرونها مناسبة في هذه الظروف.
- أقر أن مستشفى الشارقة للخيول قدمت معلومات بمخاطر العلاج الجراحي أو الطبي أو التخدير على الحصان ، وبناءً على ذلك فإن المستشفى وموظفيها لن يكونوا مسؤولين عن أي خسارة أو حادث قد يحدث أو أي مرض قد يتطور نتيجة العلاج .
- أفوض الطاقم الطبي في مستشفى الشارقة للخيول في حالة الطوارئ لمتابعة العلاج اللازم للحصان حتى يصبح التواصل مع المالك ممكنًا.
- أقر أنه في حالة موت الحصان ، فأنا ما زلت مسؤولاً عن جميع الرسوم المترتبة على ذلك.

أنا موافق :

- على تسديد كافة الفواتير الخاصة بالخدمات التي سوف يقدمها مستشفى الشارقة للخيول قبل خروج الخيل من المستشفى ما لم يكن هناك اتفاق كتابي مسبق من إداره المستشفى بشأن ترتيب الدفع.

توقيع المالك أو المفوض عن _____ التاريخ: _____

توقيع مستشفى الشارقة للخيول _____ التاريخ: _____

