OP-Einverständniserklärung

Tierarztpraxis
Bogdan Suhastru
ehem. Katja Neuhoff

Patienten-Besitzer

Name

Straße | Nr.

PLZ | Ort

E-Mail

Ich bin am OP/Narkose-Tag zu erreichen unter der Tel.Nr.:

/ oder /

Tier

Name

Alter

Tierart

Rasse

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich

Kastriert: ☐ Ja ☐ Nein

Ich bin damit einverstanden, an meinem oben genannten Tier die Operation/Narkose wegen

durchführen zu lassen.

Ich bin über die Risiken dieses Eingriffes aufgeklärt worden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Ich bin mir bewusst, dass ich die Kosten der Operation bzw. der vorgenommenen Maßnahmen bei Abholung des Tieres bezahlen muss.

Die Kosten belaufen sich auf ca. _____ €.

Bei unvorhergesehenen, medizinischen Befunden kann es zu Überschreitungen des Kostenvoranschlags kommen. In diesem Fall werden wir Sie so schnell wie möglich informieren. Bei Zahnsanierungen können wir leider keine genauen Angaben machen. Eine Befunderhebung ist erst in Narkose genau möglich.

Bei Nichterscheinen behalten wir uns das Recht vor, bis 50% der angegebenen OP-Kosten in Rechnung zu stellen. Wir bitten Sie daher, wenn Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, diesen rechtzeitig, dass heißt spätestens zwei Tage im Voraus, abzusagen.

☐ **Ich bin mit einer Terminerinnerung per Telefon oder Email einverstanden**

Zusatzleistungen

Es besteht die Möglichkeit, im Vorfeld der OP/Narkose, eine Blutuntersuchung zur Erkennung von Organerkrankungen durchführen zu lassen. Diese Untersuchung hilft das Narkoserisiko exakter abzuschätzen und damit zu verringern.

☐ Ich bin mit einer Blutuntersuchung einverstanden.

☐ Ich wünsche eine Inhalationsnarkose und Venenverweilkatheter/Infusion, um das Narkoserisiko zu minimieren und bin bereit für diese Mehrkosten aufzukommen. (bei größeren Operationen und kritischen Patienten hier immer Standard)

Unter Ausnutzung der anstehenden Narkose können wir Ihnen folgende Zusatzleistungen anbieten:
☐ Krallen kürzen ☐ Kennzeichnung mit Mikrochip ☐ Analdrüsen entleeren und ggf. spülen ☐ Tätowierung in den Ohren
☐ Ohren säubern/spülen ☐ Orthopädische Röntgenaufnahmen (z.B. HD, ED) ☐ Zahnsteinentfernung
☐ Dentalröntgen(bei Zahnextraktionen Standard) ☐ Scheren

☐ Anderes _____

Unterschrift des Besitzers/des verantwortlichen Überbringers Ort, Datum