



MODULO DI CONSENSO INFORMATO ALL'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

Io sottoscritto/a.....
residente inCAP.....Comune.....Prov.....
proprietario/affidatario del cavallo/pony nome.....
Razza Sesso: Età

DICHIARO

di essere stato/a esaurientemente informato/a sul tipo di esame diagnostico cui verrà sottoposto il paziente in data .../.../... , sulle modalità tecniche di esecuzione e di essere consapevole che la somministrazione dei farmaci necessari al contenimento dell'animale, anche se effettuate con perizia, diligenza e prudenza, non sono esenti da complicanze che possono assai raramente essere fatali.

DICHIARO

di essere a conoscenza che a seguito della somministrazione dei farmaci utilizzati per le sedazione necessaria per un adeguato contenimento, l'equide verrà definitivamente escluso dalla macellazione per consumo umano.

DICHIARO

di essere stato informato in maniera esaustiva del fatto che la procedura diagnostica possa richiedere l'uso di mezzo di contrasto per via endovenosa/arteriosa se ritenuto necessario o complementare alla diagnosi.

ACCETTO

che il medico veterinario attui le procedure richieste dal caso, inclusa l'effettuazione di anestesie locali al fine di ottimizzare l'esecuzione dell'esame.

PRESO ATTO DELLA SITUAZIONE ILLUSTRATA ACCETTO QUANTO SOPRA DESCRITTO E CONFERMO DI AVERE AVUTO RISPOSTE ESAURIENTI.

Per l'attuazione dell'esame sopra descritto accetto un preventivo di spesa pari ad Euro 1000,00 + ENPAV 2% + IVA 22% (totale euro 1244,40) per l'esame di una regione con una possibile variazione di ulteriori Euro 250,00 +ENPAV 2%+IVA 22% per ogni regione aggiunta. Sono escluse le spese relative all'uso del mezzo di contrasto, alla degenza giornaliera, agli esami complementari. L'importo dovuto verrà saldato alla dimissione dell'animale.

IN FEDE..... DATA

L'importo dovuto può essere saldato tramite bonifico bancario intestato al beneficiario:

CLINICA EQUINA SAN BIAGIO

IBAN IT 51 C 06230 23802 0000 30130793

Si prega di fornire dati per l'intestazione della fattura.