Rifiuto informato

DICHIARANTE

Il/La sottoscritto/a: _____ **C.F.:** _____

Nato/a a: _____ **Il:** _____ **Tel.:** _____

Residente in: _____ **Documento n.:** _____

In qualità di: ☐ Proprietario ☐ Detentore / delegato del proprietario

ANIMALE

Paziente (nome): _____ **Specie / razza:** _____

Sesso: _____ **Data di nascita / età:** _____ **Peso (kg):** _____

Microchip n.: _____ **Mantello / segni particolari:** _____

MEDICO VETERINARIO

Medico Veterinario: _____ **Iscr. Ordine prov. di / n.:** _____

PRESTAZIONE PROPOSTA E RIFIUTATA

In data: _____ **Il Medico Veterinario ha proposto:** _____

☐ Esame diagnostico ☐ Terapia ☐ Intervento chirurgico ☐ Ricovero ☐ Vaccinazione / profilassi ☐ Altro

Descrizione: _____

Per la seguente condizione (sospetta / accertata): _____

INFORMAZIONI RICEVUTE

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a in modo chiaro e comprensibile dei motivi della proposta, dei benefici attesi e dei **rischi e delle conseguenze prevedibili della mancata esecuzione**, tra cui:

☐ Peggioramento del quadro clinico ☐ Dolore / sofferenza ☐ Cronicizzazione

☐ Rischio di decesso ☐ Rischio per persone o altri animali (malattie trasmissibili) ☐ Altro

Alternative proposte: _____

È stato/a inoltre informato/a che il mancato trattamento di condizioni che causano sofferenza all'animale può configurare violazione delle norme a tutela del benessere animale, e che restano fermi gli obblighi previsti dalla legge (es. profilassi obbligatorie, malattie soggette a denuncia).

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO

Nonostante le informazioni ricevute, il/la sottoscritto/a **dichiara di rifiutare** la prestazione sopra indicata, sollevando il Medico Veterinario e la struttura da ogni responsabilità per le conseguenze derivanti dalla mancata esecuzione. È consapevole di poter revocare il presente rifiuto in qualsiasi momento.

☐ Chiede inoltre la dimissione dell'animale dal ricovero contro il parere del Medico Veterinario

Motivazioni del rifiuto (facoltativo): _____

_____

Luogo e data: _____

Firma del dichiarante _____

Timbro e firma del Medico Veterinario _____

RIFIUTO DI SOTTOSCRIZIONE

☐ Il dichiarante, pur informato, si è rifiutato di firmare la presente dichiarazione

Testimone (nome e cognome): _____ **Firma:** _____