



CLINIQUE VÉTÉRINAIRE DU CEDRE

route de Caen 16410 EPRON

Tel: 02.31.47.67.67 / 06.60.87.80.37 fax :02.31.47.43.87

clinique_vet_du_cedre@orange.fr

Dr CAUCHARD Dr KOCH

CONTRAT DE SOINS

Propriétaire :
adresse :

Patient :
Nom :
Race :
Date de naissance :
Identification:

Je susnommé prie le docteur vétérinaire et ses collaborateurs d'effectuer pour cet animal une intervention chirurgicale.

Le montant estimé de ces actions est d'environ avec une variation possible de 10 %.
En cas de difficultés ou de faits difficilement prévisibles, et/ou en cas de dépassement d'honoraires plus importants :

- J'autorise l'équipe soignante à mettre en œuvre les moyens qu'elle estime appropriés,
ou
- Je demande à ce que l'équipe soignante se conforme strictement aux dispositions ci-dessus définies et à être contacté s'il s'avère nécessaire de les modifier (en assumant alors pleinement les conséquences du délai éventuel).

J'ai été informé que cet animal pourra être si nécessaire, tranquilisé ou anesthésié, et que cela comporte des risques (d'autant plus importants que l'animal est âgé ou malade); qu'une intervention quelle qu'elle soit peut ne pas réussir et entraîner des séquelles ou des complications.

L'équipe soignante s'engage à accorder ses soins attentifs à l'animal que je lui confie. Elle prendra toute disposition nécessaire pour assurer le suivi de ce cas.

Je reconnais avoir eu toutes les informations complémentaires que je souhaitais.

Fait à , le .

Signature :