

## Données du client e patient

*De remplir avant de la visite*



Les données demandées servent à constituer le dossier médical du patient et à régler la relation de service vétérinaire. Les règles relatives à la protection de la vie privée seront respectées.

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : rue \_\_\_\_\_ Code postal, Commune : \_\_\_\_\_ Etat : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Propriétaire ou  Détenteur de l'animal : Nom : \_\_\_\_\_ Espèce: \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Race : \_\_\_\_\_ Couleur, poil: \_\_\_\_\_

Puce électronique : \_\_\_\_\_ N° ANICUS/ANIS : no. \_\_\_\_\_

Femelle  Mâle  Castré  Non castré  Assurance\* \_\_\_\_\_

\*NB : Toutes les réclamations/remboursements doivent être clarifiés directement et exclusivement entre la compagnie d'assurance et l'assuré pour l'animal en question. (Le vétérinaire n'a pas responsabilité en question).

Les allergies/hypersensibilités aux médicaments, vaccins, aliments ou autres substances sont-elles connues ?  oui  non Veuillez préciser lesquelles : \_\_\_\_\_

L'animal suit-il actuellement un traitement médicalisé, de compléments, etc.  oui  non

Précisez lesquels : \_\_\_\_\_

Pour quelle(s) maladie(s) ou raison(s) : \_\_\_\_\_

J'autorise -  Je n'autorise pas la publication de photos de l'animal sur les médias sociaux et autres médias

N.B. Paiements acceptés: en espèces et/ou par carte de crédit/débit sur place après la prestation.

Lieu, date, signature \_\_\_\_\_

### **CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ :**

**Je soussigné(e) Nom, prénom (dont données personnelles ci-dessus) :** \_\_\_\_\_

**J'AUTORISE** Med. vet. \_\_\_\_\_ à effectuer sur l'animal susmentionné l'examen et les procédures diagnostiques, thérapeutiques, de vaccination, de sédation/anesthésie et/ou chirurgicales. Les actes diagnostiques, thérapeutiques, vaccinaux, sédatifs/anesthésiques et/ou chirurgicaux pertinents qui m'ont été proposés concernant :  Vaccination  Thérapie ou traitement antiparasitaire  Diagnostic/chirurgie  Autre \_\_\_\_\_

En cas d'urgence et d'indisponibilité de contact, **j'AUTORISE** les procédures vétérinaires, les thérapies, les moyens de diagnostic et les interventions chirurgicales qui préservent la santé physique et mentale de l'animal.

**JE DÉCLARE** avoir communiqué des informations correctes sur l'état de santé de l'animal susmentionné.

**JE DÉCLARE** avoir été informé de manière complète, claire et compréhensible du type de procédures diagnostiques, thérapeutiques, de vaccination, de sédation/anesthésie, chirurgicales et/ou autres auxquelles l'animal susmentionné sera soumis et être conscient que tout acte médical diagnostique, thérapeutique, de sédation/anesthésie, chirurgical ou de manipulation comporte des risques généraux et spécifiques, des complications et/ou des effets secondaires possibles, même graves, et que je les accepte dans leur intégralité.

**JE DÉCLARE** par la présente avoir été informé des limites d'une visite à domicile et être seul responsable des conséquences pour l'animal susmentionné, de tout dommage circonstanciel en question si je n'emmène pas l'animal susmentionné dans un établissement de soins vétérinaires en temps utile si cela est indiqué et nécessaire.

Lieu, date, signature (complète) : \_\_\_\_\_