

Coordonnées

☎ 514-919-3895

✉ dentisterie@evetmobile.com

🌐 www.evetmobile.com



Les services
e-Vet mobiles

CONSENTEMENT

PROCÉDURE DENTAIRE PAR DRE JOSÉE MARCOUX

Je, soussigné(e), propriétaire de _____, autorise la réalisation des soins suivants sur mon animal : _____, qui en date d'aujourd'hui à un poids de: _____.

Une estimation de _____ \$ + taxes m'a été remise.

Je comprends que ce plan peut changer après l'examen dentaire sous anesthésie et la prise de radiographies. Si une modification est nécessaire, je serai joignable le jour de la chirurgie au : (_____) _____ - _____.

Si je ne peux être joint :

- Autorisation d'**effectuer les soins jugés nécessaires** par le vétérinaire (extractions, fermeture de plaies, etc.), jusqu'à un montant maximum de _____ \$ + taxes.
- Ne pas dépasser l'estimation initiale.** Je comprends que le traitement pourrait alors être partiel.

Médication prise dans les 7 derniers jours :

Nom : _____	Nom : _____	Nom : _____
Date : _____	Date : _____	Date : _____
Heure : _____	Heure : _____	Heure : _____

****Je confirme que les renseignements sont exacts et que toute omission peut entraîner des conséquences pour mon animal, j'en assume la responsabilité.****

Initiales : _____

En cas d'arrêt cardio-respiratoire :

- Oui**, je souhaite que mon animal soit réanimé (frais de 320 \$ + possible hospitalisation)
- Non**, je ne souhaite pas de réanimation

J'autorise l'utilisation des radiographies et photos prises pendant la procédure à des fins éducatives et de sensibilisation :

- Oui Non

Date : _____

Signature: _____