



مستشفى الشارقة للخيول
SHARJAH EQUINE HOSPITAL

نموذج موافقة على التصوير الطبي الأشعة المقطعية / الرنين المغناطيسي

اسم المالك: _____ الأسطبل: _____
رقم التواصل: _____ البريد الإلكتروني: _____
الممثل المفوض: _____
اسم الحصان: _____ السلالة: _____
الاستخدام الرئيسي للحصان: _____ العمر والجنس: _____
أنا، المالك / الممثل المفوض للمالك (ضع دائرة حول الصفة المناسبة) للحصان المذكور أعلاه، لدي السلطة لتنفيذ هذه الموافقة.
أفوض بموجب هذا مستشفى الشارقة للخيول وطاقمه لإجراء الأشعة المقطعية / الرنين المغناطيسي المذكور أعلاه للحصان المشار إليه.

التقدير المالي للإجراء المذكور أعلاه بدون مضاعفات هو _____ درهم إماراتي، وهو شامل للتخدير وضريبة القيمة المضافة.

- أفهم أن هذا التقدير يمكن أن يزداد في حالة ظهور مضاعفات أو الحاجة لإجراءات إضافية في هذه الحالة، سيقوم طاقم المستشفى بإخطار المالك وسيتم توقيع تقدير مالي جديد .
- سيوفر مستشفى الشارقة للخيول وأطبائه البيطريون وطاقمه السريري الرعاية الطبية البيطرية التي يرونها مناسبة ومعقولة حسب الظروف.
- أدرك أنه لا يوجد علاج جراحي أو طبي أو تخديري بدون مخاطر على الحصان.
- أقر بأن المستشفى قد زدني بالمعلومات المتعلقة بهذه المخاطر، وأفهم أن المستشفى وطاقمه لن يكونوا مسؤولين عن أي خسارة أو حادث قد يقع، أو أي مرض قد ينشأ نتيجة للرعاية والعلاج المقدمين.
- أفوض الطاقم السريري لمستشفى الشارقة للخيول في حالات الطوارئ بمتابعة الإجراءات اللازمة لسلامة وصحة الحصان بشكل مستمر حتى يتم التواصل مع المالك.
- أدرك أنه في حالة وفاة الحصان، سأظل مسؤولاً عن جميع التكاليف والرسوم المترتبة الالتزامات والمواعيد.
- أوافق على تسوية جميع الفواتير مقابل الخدمات المقدمة من مستشفى الشارقة للخيول عند تقديمها قبل خروج الحصان من المستشفى.



مستشفى الشارقة للخيول
SHARJAH EQUINE HOSPITAL

-أدرك أنه لن يتم السماح بخروج الحصان من المستشفى إلا بعد دفع الفاتورة بالكامل، ما لم يوجد اتفاق كتابي مسبق مع إدارة المستشفى.

- يرجى الحضور إلى المستشفى قبل 30 دقيقة من موعد الموعد.

- يرجى إزالة جميع حدوات الحصان قبل إرساله للمستشفى لإجراء الرنين المغناطيسي .

-التأخير أو عدم إزالة الحدوات قد يؤدي إلى إلغاء الموعد.

-لأي استفسارات أو أسئلة، يرجى التواصل عبر البريد الإلكتروني gia@seh.ae أو rahim@seh.ae

[] لا أحتاج إلى تقرير راديوغرافي (يرجى التأشير في المربع إذا كنت لا ترغب في الحصول على تقرير طبيب الأشعة) .

[] أحتاج إلى تقرير راديوغرافي (يرجى تزويدنا بأي تاريخ مرضي سريري متوفر لديك) .

توقيع المالك أو الممثل: _____ التاريخ: _____

توقيع ممثل مستشفى الشارقة للخيول: _____ التاريخ: _____