

Реєстрація нового пацієнта-тварини

Комплексна реєстрація нового пацієнта для ветеринарних клінік з повною медичною історією та історією вакцинації

Інформація про клієнта

Ім'я *

Прізвище *

Адреса електронної пошти *

Номер телефону *

Дата народження *

ДД / ММ / РРРР

Інформація про тварину

Ім'я тварини *

Вид *

- ☐ Собака ☐ Кіт ☐ Птах
☐ Кролик ☐ Рептилія ☐ Інше

Порода *

Колір/Мітки

Дата народження (або приблизна) *

ДД / ММ / РРРР

Стать *

- ☐ Самець (нікастрований) ☐ Самець (кастрований) ☐ Самиця (нестерилізована)
☐ Самиця (стерилізована)

Поточна вага (фунти) *

Чи має ваша тварина мікрочип?

- ☐ Так ☐ Ні ☐ Невідомо

Номер мікрочипа (якщо відомий)

Історія тварини

Звідки ви взяли свою тварину?

- | | |
|--|---|
| ☐ Розпліднику | ☐ Притулок/Організація порятунку |
| ☐ Зоомагазин | ☐ Друг/Сім'я |
| ☐ Знайдена/Безпритульна | ☐ Інше |

Попередній ветеринар/Клініка

Телефон попереднього ветеринара

Чи можемо ми запросити ваші медичні записи від попереднього ветеринара?

- ☐ Так ☐ Ні

Історія вакцинації

Чи актуальна вакцинація проти сказу? *

- ☐ Так ☐ Ні ☐ Невідомо

Дата останньої вакцинації проти сказу

ДД / ММ / РРРР

Чи актуальні основні щеплення? (DHPP для собак, FVRCP для котів) *

- ☐ Так ☐ Ні ☐ Невідомо

Чи актуальна вакцинація Бордетела (кашель питомників)? (собаки)

- ☐ Так ☐ Ні ☐ Н/В — Кіт

Чи приймає ваша тварина профілактику від серцевого черв'яка? *

- ☐ Так ☐ Ні

Чи приймає ваша тварина профілактику від бліх/кліщів? *

- ☐ Так ☐ Ні

Медична історія

Чи було діагностовано у вашої тварини одне з наступних захворювань?

- ☐ Алергія (їжа, навколишнього середовища або шкіра)
- ☐ Артрит / Проблеми з суглобами
- ☐ Хвороба серця
- ☐ Хвороба нирок
- ☐ Хвороба печінки
- ☐ Діабет
- ☐ Судороги / Епілепсія
- ☐ Рак
- ☐ Розлад щитовидної залози
- ☐ Ні, ніякі з наведених вище

Будь ласка, надайте деталі щодо будь-яких вищезазначених захворювань

Поточні ліки та добавки

Відомі алергії (ліки, продукти)

Попередні операції або госпіталізації

Поточна дієта / Марка корму

Інформація про поведінку

Чи кусала ваша тварина або намагалася укусити людину чи іншу тварину? *

- ☐ Так ☐ Ні

Якщо так, будь ласка, опишіть

Чи відчуває ваша тварина тривогу у ветеринара?

- ☐ Ні — спокійна
- ☐ Легка — нервова, але керована
- ☐ Помірна — може потребувати м'якого стримування
- ☐ Важка — може потребувати седації

Страхування тварини

Чи застрахована ваша тварина?

- ☐ Так ☐ Ні

Страховий провайдер

Номер полісу

Згода та підпис

Я засвідчую, що наведена вище інформація є точною та повною. Я дозволяю ветеринарній команді надавати медичну допомогу моїй тварині. Я погоджуюся тримати сертифікати вакцинації в актуальному стані та інформувати клініку про будь-які зміни в стані здоров'я моєї тварини.

Я підтверджую, що прочитав та розумію наведену вище інформацію та даю свідому згоду.

Я прочитав та розумію наведену вище інформацію: _____

Підпис

Дата

Друковане ім'я

Дата *

ДД / ММ / РРРР

Цю форму надала безплатно компанія Consentify

Consentify перетворює форми на кшталт цієї на цифрову згоду, яку ваші клієнти підписують на своєму телефоні через QR-код — з автоматичними PDF-файлами, прапорцями протипоказань та зашифрованим сховищем. Безплатний план доступний на <https://getconsentify.com>.

Лише шаблон. Перед використанням перевірте з вашим лікарем, юристом або професійним консультантом; вимоги різняться залежно від юрисдикції та сфери діяльності.