



Admission Authorization Form

In the event that my pet(s) is/are admitted for any surgical procedure, medical treatment or any other kind of procedure / treatment, I authorize ADFH Pet Care Center, its doctors and staff, to administer such treatments and to perform such procedures that are considered therapeutically and diagnostically necessary for the care of my pet. I understand that there are risks associated with anesthesia and surgery and that the veterinarians will do their best to minimize these risks. In the event that emergency treatment is required and I cannot be reached, I authorize the doctors and staff to perform such medical and surgical treatment as is necessary, at my expense, to preserve the life of my pet until I can be contacted. I understand that no guarantee of successful treatment is made.

TERMS OF ALL ADMISSIONS

- Pets must be current on the following vaccinations: Dogs: **Bordetella (Kennel Cough), Rabies, Distemper, Hepatitis, Parvovirus and Leptospirosis (DHLPP)**; Cats: **Feline Viral Rhinotracheitis, Calicivirus and Panleukopenia and Rabies**. These must be documented in a vaccination book and signed by a veterinarian or will be given at the owner's expense in ADFH PCC unless there are extenuating medical circumstances which prohibit giving the vaccine. These must be stated on admission.
- Pets must be **free of external parasites such as fleas and ticks and internal parasites**, recorded in the vaccination book with veterinarian signature and stamp from veterinary clinic. Pets will be examined and treated at owner's expense if required.
- All animals not picked up within (5) days of scheduled discharge, and the owner has not made any attempts to make other arrangements or be in contact with the hospital, the pet will be considered abandoned and will become a property of ADFH Pet Care Center.
- Though the hospital and its agents shall exercise all reasonable care to prevent the spread of contagious diseases to or among the hospitalized animals, it must be recognized that such spread might occasionally occur. The hospital cannot guarantee against the spread of contagious disease, and shall not be responsible or liable for any such spread or the consequences thereof, even in case of death.
- Regarding all animals admitted to the hospital, the hospital assumes no liability and shall be held harmless for loss or damage from disease, death, running away, theft, fire, injury to persons, other dogs, or property by any animal or other unavoidable causes, due diligence and care having been exercised.

نموذج إذن القبول

في حالة قبول حيوان أليف أو أكثر من حيوان أليف خاص بي في أية عملية جراحية أو علاج طبي أو أي نوع آخر من الإجراءات / العلاج ، أنا أصرح لمركز رعاية الحيوانات الأليفة التابع لمستشفى أبوظبي للصقور وأطباءها وموظفيها بإدارة هذه العلاجات وتنفيذ مثل هذه الإجراءات التي تعتبر ضرورية علاجياً وتشخيصياً لرعاية الحيوانات الأليفة الخاصة بي. أنا أدرك وأتفهم أن هناك مخاطر مرتبطة بالتخدير والجراحة وأن الأطباء البيطريين سيبدلون قصارى جهدهم لتقليل هذه المخاطر. في حالة الحاجة إلى علاج طارئ ولا يمكن الوصول إلي ، أنا أعطي الإذن للأطباء والموظفين بإجراء العلاج الطبي والجراحي كما هو ضروري ، على نفقتي ، للحفاظ على حياة حيواني أو حيواناتي الأليفة حتى يتم الاتصال بي. أنا أدرك وأتفهم أنه لا يوجد ضمان لنجاح العلاج.

جميع شروط القبول

- يجب أن تكون الحيوانات الأليفة التالية حاصلة على التطعيمات التالية: الكلاب: **التهاب القصبات المعدية، داء الكلب، سل الكلاب، التهاب الكبد، عدوى فيروس بارفو الكلاب (CPV)**، **بكتيريا ليبتوسبيروسيس (DHLPP)**؛ القطط: **التهاب القطط الأنفي الفيروسي، فيروس الكاليسيف، فيروس بانلوكوبينيا و داء الكلب**. يجب أن تكون هذه التطعيمات موثقة في دفتر التطعيم وموقعة من قبل طبيب بيطري أو سيتم إعطاؤها على نفقة المالك في مركز رعاية الحيوانات الأليفة في مستشفى أبوظبي للصقور إلا إذا كانت هناك ظروف طبية مخففة تحظر إعطاء اللقاح للحيوان الأليف. يجب ذكر هذا عند القبول.
- يجب أن تكون الحيوانات الأليفة خالية من الطفيليات الخارجية مثل البراغيث والقراد والطفيليات الداخلية ، ويجب أن تكون مسجلة في كتاب التطعيم مع توقيع الطبيب البيطري والطوايع من العيادة البيطرية. سيتم فحص الحيوانات الأليفة وعلاجها على نفقة المالك إذا لزم الأمر.
- جميع الحيوانات التي لم يتم التقاطها بعد (5) أيام من التفرغ المجرد ، ولم يتم المالك بأي محاولات لإجراء ترتيبات أخرى أو يكون على اتصال بالمستشفى ، سيتم اعتبار الحيوان الأليف أو الحيوانات الأليفة مهجورة وسيصبح أحد ممتلكات مركز رعاية الحيوانات الأليفة في مستشفى أبوظبي للصقور.
- على الرغم من أن المستشفى ووكلاءها يجب أن يمارسوا كل العناية الممكنة لمنع انتشار الأمراض المعدية إلى أو بين الحيوانات التي يتم نقلها إلى المستشفى ، يجب الاعتراف بأن هذا الانتشار يحدث في بعض الأحيان. لا يمكن أن يضمن المستشفى انتشار الأمراض المعدية ، ولن يكون مسؤولاً أو خاضعاً للمساءلة القانونية عن أي انتشار من هذا القبيل أو عواقبه ، حتى في حالة الوفاة.
- فيما يتعلق بجميع الحيوانات التي يتم إدخالها إلى المستشفى ، لا يتحمل المستشفى أي مسؤولية ويجب أن يتحمل أي ضرر بسبب فقد أو تلفه بسبب المرض أو الوفاة أو الهرب أو السرقة أو الحريق أو الإصابة بأشخاص أو كلاب أو ممتلكات أخرى لأي حيوان أو لأسباب أخرى لا مفر منها ، إجراءات لإرضاء المتطلبات و الرعاية بعد أن تمارس.

I certify that I have read and understand this authorization and that I am the owner or I am responsible for the animal and have authority to execute this consent.

I hereby indemnify and hold ADFH Pet Care Center, its doctors and staff, harmless from and against any and all liability arising out of the performance of treatments or procedures. I realize that in many cases it is impossible to determine in advance the full extent of medical or surgical treatment that may be required. I accept full financial responsibility for the treatment, boarding and/or procedures performed, and understand that payment in full is due upon release from the hospital. No refund of the paid amount will be given, even in the case of discharge of the pet before the end of the booked boarding date or in case of death.

Pet's Name: _____ HID _____

Microchip : _____

Owner Name/ Authorized Agent:

Mobile No.: _____

Email Address: _____

Address: _____

Signature: _____

Date: _____

أقر بأنني قد قرأت وفهمت هذا الترخيص وأنتي المالك أو أنا المسؤول عن الحيوان ولدي سلطة تنفيذ هذه الموافقة. بموجب هذا ، أخول مركز رعاية الحيوانات الأليفة التابع لمستشفى أبو ظبي للصقور وأطبائه وموظفيه ولا أحملة أي مسؤولية ناشئة عن أداء العلاجات أو الإجراءات. أدرك أنه في العديد من الحالات يكون من المستحيل تحديد النطاق الكامل للعلاج الطبي أو الجراحي الذي قد يلزم. أوافق على تحمل المسؤولية المالية الكاملة عن العلاج و / أو الحجز و / أو الإجراءات المنجزة ، وأدرك أن الدفع بالكامل مستحق عند الخروج من المستشفى. لن يتم استرداد أي مبلغ مدفوع ، حتى في حالة تفريغ حيوان أليف قبل نهاية تاريخ حجزه أو في حالة الوفاة.

اسم الحيوان: _____ رقم الملف: _____

رقم الشريحة: _____

اسم المالك / الشخص المخول: _____

رقم الموبايل: _____

البريد الإلكتروني: _____

التوقيع: _____

التاريخ: _____