



אל: מחלקה וטרינרית - פקס 09-9554027
shirw@herzliya.muni.il

בקשה לניתוח סירוס/ עיקור חתולים

פרטי בקשה

שם פרטי	שם משפחה	מספר טלפון/נייד	מספר פקס (למשלוח תשובה)
כתובת מגורים		כתובת e-mail (למשלוח תשובה)	

אני מעוניין בסירוס / עיקור חתולים באזור האכלה שלי :

רחוב	מס' בית	מספר החתולים הלא מעוקרים באזור
שעות האכלה		
הערות:		

הסכמת המבקש

- הריני מצהיר בזאת כי מדובר בחתולי רחוב חסרי בית בלבד.
- ידוע לי כי מדובר בהליך של הרדמה מלאה.
- ידוע לי על קיומם של סיבוכים אפשריים כתוצאה מהליך ההרדמה, הניתוח, מצב גופני ירוד וממצאים שלא היו מוכרים/ידועים לרופא המנתח לפני הניתוח.
- ידוע לי כי חתולים חסרי בית, חשופים יותר מחתול בית למחלות מדבקות ולזיהומים.
- ידוע לי כי חתולי רחוב רגישים יותר להדבקות במחלות וזיהומים כתוצאה מהעקה (סטרו) אותו הם חווים במהלך הלכידה, הנסיעה, הניתוח ותהליך ההתאוששות.
- ידוע לי שחשוב לעקוב אחר תהליך ההתאוששות של החתולים אחרי הניתוח עפ"י יכולתי.
- הריני מתחייב בזאת כי בכל מקרה של חשש, חשד שהחתול/ה אינו חש בטוב ו/או קיים ספק בקשר לתהליך תקין של ההתאוששות, לדווח מיד למוקד 106, 24 שעות ביממה כולל שבתות וחגים ולהמתין לנציג המחלקה אשר לוקח את החתול לבדיקה/טיפול רפואי.

תאריך _____ חתימת המבקש _____

