



Liebe Tierfreundin, lieber Tierfreund,

um Sie und Ihren Schützling besser kennen zu lernen, möchten wir Sie bitten, dieses Anmeldeformular auszufüllen.

TIERHALTER

Name	Vorname
Straße	PLZ/Ort
Telefon	Geb.datum
Mobil	Newsletter per E-Mail <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
E-Mail	

PATIENTENDATEN

Name	Tierart
Rasse	Gewicht kg
Farbe	Geb.datum
Geschlecht <input type="radio"/> m <input type="radio"/> w	kastriert/sterilisiert <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
gechipt <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Chip-Nr.
<input type="radio"/> Tierkrankenversicherung <input type="radio"/> OP-Versicherung bei	(bitte an Abtretungserklärung denken)
Nur bei Hase/Kaninchen: Das Tier dient der Lebensmittelgewinnung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Bekannte Grunderkrankungen	_____
Auslandsaufenthalt (wenn ja, Angabe wo)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Grund Ihres Besuchs _____

Überweisender Tierarzt/Haustierarzt _____

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und deshalb berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung erforderlicher Behandlungen und Operationen zu schließen, ich versichere ferner, dass ich willens und in der Lage bin, die dadurch entstehenden Kosten zu tragen. Ich erkläre in diesem Zusammenhang, dass ich mich zum Zeitpunkt dieser Erklärung in keinem gerichtlichen Schuldenverfahren befinde, und dass das Schuldnerverzeichnis des für mich zuständigen Amtsgerichts keine Eintragungen über meine Person aufweist.

Sofern ich nicht Halter des Tieres bin, versichere ich, im ausdrücklichen Auftrag des Tierhalters zu handeln. Fehlt es an einer Bevollmächtigung, oder stellt der Tierhalter eine Bevollmächtigung in Abrede, bestätige ich hiermit, dass ich für die entstehenden Kosten aus der Behandlung aufkommen werde.

Soweit es zur Diagnosefindung erforderlich ist, ermächtige ich den Inhaber und die Mitarbeiter der Praxis, Leistungen Dritter (Labore, Spezialuntersuchungsanstalten u. ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.

Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass wir unsere Patienten ausschließlich gegen Barzahlung/EC-Cash behandeln. Behandlungen werden grundsätzlich nicht auf Rechnung durchgeführt.

Datum/Unterschrift _____

Moderne Medizin im Sinne der Tiere