



Anmeldeformular

Herzlich Willkommen in der Tierarztpraxis am Pfalzring!
Für unsere Patientenkartei erbitten wir folgende Angaben:

Besitzerdaten:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Email: _____

Tierdaten:

Name: _____

Tierart: _____

Rasse: _____

Geschlecht: männlich weiblich kastriert/sterilisiert

Farbe: _____

Gewicht: _____ Geburtsdatum oder Alter: _____

Transpondernummer (falls vorhanden): _____

Bekannte Unverträglichkeiten? _____

Bekommt Ihr Tier Medikamente? Wenn ja, welche?

Ist Ihr Tier krankenversichert? Nein Ja, bei _____

Reagiert Ihr Tier in manchen Situationen aggressiv? Ja Nein



Behandlungsauftrag

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.

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 Tierarztpraxis am Pfalzring nach vorheriger Absprache Leistungen Dritter (Labors, Spezialuntersuchungsanstalten u. ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.

Ich zahle die entstehenden Kosten direkt im Anschluss an die Behandlung in bar oder per EC-Karte.

Datum, Unterschrift