

Anmeldung/Behandlungsvertrag

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Besitzerangaben:

Herr Frau divers / keine Angabe

Titel, Name: _____

Vorname: _____ E-Mail: _____

Straße: _____ Telefon: _____

PLZ/Ort: _____ Mobil: _____

Bitte beachten Sie, dass Rechnungen direkt im Anschluss an die Behandlung zu begleichen sind. Wir akzeptieren Bar- oder EC-Zahlungen.

Patientenangaben:

Hund Katze Anderes: _____

Name: _____ ggf. Zuchtname: _____

Rasse: _____ Microchip-Nr.: _____

Geschlecht: Männlich Weiblich Kastriert Nicht kastriert

Geburtsdatum: _____ Fellfarbe: _____

Bekannte Vorerkrankungen: _____

Unverträglichkeiten/Allergien: _____

(dauerhafte) Medikamente: _____

Bei Katzen: Ist er/sie ein Freigänger? Ja Nein

Tierkrankenversicherung vorhanden? OP-Versicherung Vollversicherung Nein

Vertretungsberechtigt (Geben Sie hier an, wer Ihr Tier an Ihrer Stelle auf Ihre Rechnung zur Behandlung zu uns bringen darf, zur Abholung Ihres Tieres befugt ist oder wen wir kontaktieren dürfen, wenn Sie im Notfall nicht erreichbar sind. Bitte stellen Sie vorab sicher, dass die entsprechende Person mit der zur Kontaktaufnahme notwendigen Speicherung personenbezogener Daten einverstanden ist.)

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Ort, Datum

Unterschrift