



## ANMELDEFORMULAR

Wir begrüßen Sie und Ihr Tier als neue Klienten. Bitte erleichtern Sie uns die Arbeit, indem Sie dieses Formular in Druckbuchstaben ausfüllen. Vielen Dank!

### TIERHALTER

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
 Str./Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_  
 eMail \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_

### PATIENT

Hund  Katze  Meersch.  Kaninchen  andere Rasse: \_\_\_\_\_

Tiername \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_ Tätö-/ Chip-Nr. \_\_\_\_\_

m  w  kastriert Tierkrankenversicherung \_\_\_\_\_

Haustierarzt \_\_\_\_\_ überwiesen  ja  nein

Rückinformation erwünscht  ja  nein

Bekannte Erkrankungen/Unverträglichkeiten/Allergien: \_\_\_\_\_

Regelmäßige Medikamente \_\_\_\_\_

Regelmäßig geimpft und entwurmt \_\_\_\_\_

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und deshalb berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung erforderlicher Behandlungen und Operationen zu schließen. Soweit es zur Diagnosefindung erforderlich ist, ermächtige ich die Inhaber und die Mitarbeiter der Praxis, Leistungen Dritter (Labor, Spezialuntersuchungsanstalten u. ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen. Eine Mithilfe bei der Behandlung des Tieres erfolgt freiwillig und unter Ausschluss jeglicher Haftung, soweit zulässig. Das Praxisteam wird mich bei Bedarf über die möglichen Kosten für diagnostische und therapeutische Maßnahmen aufklären.

Ich versichere, dass ich willens und in der Lage bin, diese am Tag des Praxisbesuches bar oder per ec-Karte zu bezahlen. Sollte dies nicht möglich sein, setze ich das Praxisteam davon in Kenntnis.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme und mein Einverständnis.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift