

Anmeldeformular

Daten des Tierhalters

Nachname

Telefon

Vorname

Mobil

PLZ, Ort

Geschäftlich

Straße

Fax

Beruf

E-Mail

Daten des Tieres

Name

Geschlecht männlich weiblich

Tierart und Rasse

Mikrochip Ja Nein

Geburtsdatum

Gewicht

Kastriert/Sterilisiert Ja Nein

Haarkleid, Farbe

Tätowierungen Ja Nein

Kontakt zu anderen Tieren

Haltung:

Letzte Schutzimpfung

Letzte Wurmkur

Freigänger Familientier

Ständig verabreichte Medikamente

Stubentier Zuchttier

Zwingerhaltung Jagdhund

Fütterung (Fertigfutter trocken oder feucht, bitte Marke(n) angeben)

Unverträglichkeiten/Allergien (Futter, Medikamente, etc.)

Grund des Besuches

Zahlungsmöglichkeiten

Bitte haben Sie Verständnis, dass wir bei allen Behandlungen, klinischen Leistungen und Medikamentenabgaben grundsätzlich auf

sofortiger Bezahlung (Bar oder per EC-Karte)

bestehen müssen. Alle Operationen müssen **bei Abholung des Patienten sofort bezahlt** werden. Auf Wunsch erhalten Sie gerne eine detaillierte Quittung. Diese ist selbstverständlich gebührenfrei. Die Zusendung einer

Rechnung erfolgt nur in besonderen vorher abgesprochenen Ausnahmefällen,

wie z. B. nach Absprache bei der Kostenübernahme durch eine Versicherung. Zugesandte Rechnungen sind sofort fällig und beinhalten immer einen zusätzlichen Verwaltungskostenbeitrag in Höhe von € 2,60 (Ausnahme: Direkt abgerechnete Rechnungen mit der AGILA-Tierversicherung).

Ich versichere, dass ich der Tierhalter/ bevollmächtigte Beauftragte des Tierhalters des o. g. Tieres und deshalb berechtigt bin einen Vertrag über die Durchführung erforderlicher Untersuchungen und Behandlungen zu schließen. Ich bin willens und in der Lage die dadurch entstehenden Kosten zu tragen. Sofern ich nicht Halter des Tieres bin, versichere ich für diese und alle zukünftigen Untersuchungen und Behandlungen, im ausdrücklichen Auftrag des Tierhalters zu handeln. Fehlt es an der Bevollmächtigung, oder stellt der Tierhalter eine Bevollmächtigung in Abrede, bestätige ich hiermit, dass ich für die entstehenden Kosten aufkommen kann und werde. Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben, erteile hiermit einen Behandlungsauftrag und akzeptiere die oben genannten Bedingungen auch für alle zukünftige Untersuchungen und Behandlungen. Bei Minderjährigen benötigen wir den Namen und die Unterschrift eines Elternteils.

Detmold,

Datum

Unterschrift