

## Patientenaufnahmeformular

Zur EDV-Erfassung Ihres Tieres bitten wir Sie um folgende Angaben:

### ADRESSE:

Name des Auftraggebers: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Geb.datum: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon PRIVAT: \_\_\_\_\_

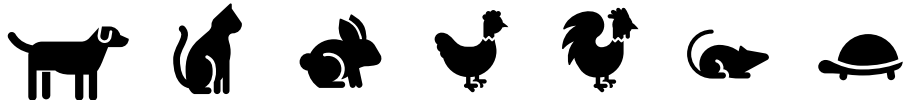
Telefon geschäftlich: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

eMail: \_\_\_\_\_

### PATIENTENDATEN:



Rufname : \_\_\_\_\_

Tierart: \_\_\_\_\_

Rasse: \_\_\_\_\_

Farbe: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_

Männlich       weiblich       kastriert

Tierkrankenversicherung :  ja, bei Gesellschaft: \_\_\_\_\_

Tätowierung:                      li Ohr \_\_\_\_\_                      re Ohr \_\_\_\_\_

Mikrochip : \_\_\_\_\_

## Behandlungsvertrag

**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 (Labors, Spezialuntersuchungsanstalten u. ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.

Ich zahle die entstehenden Kosten sofort in bar oder per EC-Karte. Mir ist bekannt, dass der Praxis ein Zurückbehaltungsrecht an dem behandelten Tier zusteht, wenn ich nicht bereit oder dazu in der Lage bin, die durch die Behandlung des Tieres entstandenen Kosten in bar oder per EC-Karte zu zahlen.

**BEI NEUKUNDEN FÜHREN WIR KEINE BEHANDLUNG GEGEN RECHNUNG DURCH !**

Ich zahle  **BAR**  **EC-KARTE**

Elz, den \_\_\_\_\_

Datum / Unterschrift