

Anmeldeformular

Liebe Patientenbesitzer,
herzlich Willkommen in unserer Kleintierpraxis. Um Sie in unsere Kartei aufnehmen zu können benötigen wir noch einige Angaben.

Angaben zum Tierhalter

Vor-, und Nachname: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Angaben zum Patienten

Name: _____

Tierart: _____ Rasse: _____

Geschlecht: _____ kastriert: _____

Geburtsdatum: _____ Haarkleid/Farbe: _____

Chip-Nr.: _____ Gewicht: _____

Versicherung: ___Nein___ Ja, welche? _____

Sie versichern mit der unten zu leistenden Unterschrift, dass Sie der Halter des Tieres sind oder vom Tierhalter bevollmächtigt sind die Kleintierpraxis Dr. Kings und Dr. Stahl mit Dienstleistungen zu beauftragen. Die daraus entstehenden Kosten für Behandlungen, klinische Leistungen, Medikamente und Futterabgaben sind grundsätzlich direkt zu begleichen und erfolgen nicht auf Rechnung! Notfallbehandlungen und Operationen müssen sofort bei Abholung des Tieres bezahlt werden. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie zudem die Richtigkeit Ihrer Personalien und akzeptieren die Zahlungsbedingungen.

Datum: _____ Unterschrift _____