

Herzlich Willkommen in unserer Tierarztpraxis

Zur EDV-Erfassung bitten wir Sie um nachfolgende Angaben, die natürlich vertraulich behandelt werden.

Besitzer:

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____

Wohnort/PLZ: _____

Telefon: dienstl. _____ privat _____

Telefon mobil: _____

Email: _____

Patient:

Tierart: _____

Rasse: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Transponder-Nr.: _____ MDR1 Status _____

Farbe: _____ Gewicht: _____

Geschlecht: weiblich männlich kastriert

Krankenversicherung: ja nein

Bekannte Vorerkrankungen/Allergien: _____

Zahlungsmöglichkeiten

Bitte haben Sie Verständnis, dass Behandlungen, klinische Leistungen und Medikamentenabgaben grundsätzlich nicht auf offene Rechnung erfolgen können. Notfallbehandlungen und Operationen müssen sofort bei Abholung des Patienten bezahlt werden.

Sie können unter folgenden Zahlungsarten wählen (bitte ankreuzen):

bar bargeldlos mit EC-Karte und Geheimzahl

Bei Verletzungen des Praxispersonals durch Ihre **Katze** schließt die Tierarztpraxis die Tierhalterhaftpflicht aus.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und akzeptiere die Zahlungsbedingungen.

Ort, Datum

Unterschrift