



Dr. Müller & Theobald

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 _____ |
| Straße/Nr. _____ | PLZ/Ort _____ |
| Telefon _____ | Mobiltelefon _____ |
| E-mail _____ | Geb.-Datum _____ |

Patient

Hund Katze Meerschw. 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