



Patientenaufnahmeschein / Aufnahmeformular Pferd

(Stand: Mai 2021)

Für unsere Patientenkartei erbitten wir folgende Angaben:

(bitte in Druckschrift ausfüllen!)

Name des Auftraggebers: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Email-Adresse: _____

Geb.Datum: _____

Falls Sie mehrere Tiere besitzen, füllen Sie bitte Seite 2 entsprechend aus

Pferd:

Rasse: _____ geschätztes Gewicht: _____ kg

Rufname des Tieres: _____ Geb.Datum: _____

Geschlecht: Hengst Wallach Stute

Farbe/Besonderheiten: _____

Unverträglichkeiten (soweit bekannt): _____

Chipnummer: . _____

Lebensnummer: _____

Bei Tasso registriert? ja nein Bitte erledigen Sie das für mich

Vorheriger Tierarzt/Haustierarzt: _____

Tierkrankenversicherung: nein ja, bei Gesellschaft: _____

bitte wenden -->

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 verpflichte mich, die für die tierärztliche Behandlung des Pferdes nach der zurzeit gültigen Gebührenordnung für Tierärzte (GOT) entstehenden Kosten bei Erhalt der Rechnung innerhalb der vorgegebenen Zahlungsfrist zu begleichen. Mit der folgenden Unterschrift wird bestätigt, dass ich fähig und willens bin, die in Anspruch genommene Behandlung zu bezahlen.

Salzbergen, den _____
Datum

Unterschrift