Anmeldeformular (bitte in DRUCKSCHRIFT ausfüllen!)

Tierhalter		**Tier**	
Name		Name	
Vorname		Tierart	
Geb.-Datum		Rasse	
Straße/Nr.		Geb.-Datum	
PLZ/Ort		Farbe	
Telefon		Mobil	
EMail			

Wie möchten Sie am liebsten kontaktiert werden? Telefon EMail Brief

ggf. kontaktieren wir Sie per EMail (Impferinnerung, Terminerinnerung etc.). Ihre Daten werden dafür elektronisch gespeichert. Die Datenspeicherung in unserer Praxissoftware ist davon unabhängig.

Weitere Angaben zum Tier:

Bekommt Ihr Tier regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche? _____

Besteht eine Krankenversicherung? _____

HINWEISE ZUR ABRECHNUNG! BITTE AUFMERKSAM LESEN!

Alle tierärztlichen Leistungen bitten wir in bar/ per EC-Karte sofort zu bezahlen! Behandlungen im Nacht- und Notdienst werden nur gegen Barkasse/ EC-Zahlung ausgeführt! Behandlungen im Nacht-/Notdienst oder bei einem Hausbesuch werden aufgrund des höheren Aufwandes zu einem höheren Satz gemäß der GOT abgerechnet.

Hiermit bestätige ich, die Hinweise gelesen zu haben und verpflichte mich, die von Ihnen erbrachte Leistung nach der Behandlung in voller Höhe zu bezahlen.

Ort/ Datum Unterschrift