

Tierarztpraxis Dr. Sascha Schütz

Anmeldung

Angaben Besitzer	
Name	
Vorname	
Geburts-Datum *	
Straße	
Postleitzahl	
Wohnort	
Telefon privat	
Telefon mobil	
Fax	
e-mail	

Angaben Patient	
Name	
Rasse / Tierart	
Farbe	
Geburts-Datum	
oder Alter	
Männlich	
Weiblich	
Kastriert	
Tätowier. / Chip-Nr.	

Grund der Vorstellung / evtl. überweisender Tierarzt:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Personalien und gebe den Auftrag zur Untersuchung / Behandlung meines Tieres. Ich versichere dass ich Halter des Tieres bin oder im ausdrücklichen Auftrag des Besitzers handle. Ich versichere, dass ich berechtigt bin einen Vertrag über die Durchführung erforderlicher Behandlungen und Operationen zu schließen und willens, sowie in der Lage bin die dafür entstehenden Kosten zu tragen. Ich erkläre in diesem Zusammenhang, dass ich mich zum Zeitpunkt dieser Erklärung in keinem gerichtlichen Schuldverfahren befinde und das Schuldnerverzeichnis keine Eintragungen über meine Person aufweist. Bin ich nicht Halter des Tieres, versichere ich hiermit die entstehenden Kosten zu übernehmen. Soweit zur Diagnosefindung erforderlich, ermächtige ich die Praxis Leistungen an Dritte (Labors u.ä.) in meinem Namen und auf meine Kosten in Auftrag zu geben.

Mir ist bekannt, dass ich die entstehenden Kosten sofort nach Behandlung bzw. bei Abholung des Patienten BAR oder per EC-CASH begleichen muss.

Datum, Unterschrift

* ohne Angabe des Geburtsdatums ist nur Barzahlung oder ec-Karten-Zahlung möglich