



Liebe Tierhalter!

Herzlich Willkommen in der Tierärztlichen Praxis Ahrensfelder Hof.

Um Ihr Haustier optimal betreuen zu können, bitten wir Sie um folgende Angaben. Diese Daten werden in unserer EDV gespeichert und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. (Bitte in Druckschrift ausfüllen!)

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon privat: _____ Mobil: _____

E-mail: _____

Tier: Name: _____

Art / Rasse: _____

Geschlecht: männlich weiblich kastriert Geburtsdatum: _____

Besteht eine Kranken- oder OP-Versicherung? _____

Sind bei Ihrem Tier Medikamentenunverträglichkeiten oder Allergien bekannt?

Wird das Tier regelmäßig geimpft: _____

Wann wurde die letzte Entwurmung durchgeführt: _____

Aufklärung über Behandlungen und Eingriffe:

Bei tierärztlichen Eingriffen, wie Injektionen, Punktionen oder Operationen kann es trotz sorgfältiger fachgerechter Durchführung zu Komplikationen kommen. In seltenen Fällen kann es zu infektiösen, allergischen oder sonstigen Folgeerkrankungen wie Medikamentenunverträglichkeiten oder Wundinfektionen kommen. In vielen Fällen gibt es unterschiedliche Möglichkeiten den Umfang von Diagnostik und Therapie festzulegen. Wenn Sie also Fragen oder Klärungsbedarf haben, scheuen Sie bitte nicht nachzufragen.

Zahlungsbedingungen:

Bitte haben Sie Verständnis, dass alle Leistungen, Behandlungen und Medikamentenabgaben grundsätzlich nicht auf offene Rechnung erfolgen können.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich Halter des Tieres und daher 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 Schuldverfahren befinde, und dass das Schuldnerverzeichnis des für mich zuständigen Amtsgerichts keine Eintragung über meine Person aufweist.

Sofern ich nicht Halter des Tieres bin, versichere ich, im ausdrücklichen Auftrag des Tierhalters zu handeln. Stellt der Tierhalter diese 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 Inhaberin und Mitarbeiter der Praxis, Leistungen Dritter (Labors, Histologen u.ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.

Dieser Behandlungsauftrag gilt auch für evtl. zukünftig vorgestellte weitere Tiere desselben Halters.

Ahrensburg, _____

(Unterschrift)