

**Liebe Pferdebesitzer!**

Herzlich Willkommen in der Tierärztlichen Praxis Ahrensfelder Hof.

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

**Patientenbesitzer / Rechnungsanschrift:**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

**Angaben zum Pferd:****Bitte Equidenpass vorlegen!**

Name: \_\_\_\_\_

Rasse: \_\_\_\_\_

Geschlecht:      Stute                            Hengst                                            Wallach                      

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_

Sind bei Ihrem Pferd Medikamentenunverträglichkeiten oder Allergien bekannt? \_\_\_\_\_

Besteht ein aktueller Tetanusschutz? \_\_\_\_\_

Ist das Pferd lt. Equidenpass als Schlachttier deklariert?                      Ja                                            Nein                      **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 kommen. Die Praxis haftet nicht für Schäden an Tieren, soweit sie nicht dagegen versichert ist, oder diese Schäden nicht auf Vorsatz oder grob fahrlässigem Verhalten der Tierärztin oder der Mitarbeiter beruhen. Grundsätzlich haftet die Praxis (Frau TÄ B. Kibke) nur bis zu einem Tierwert von 150.000 Euro.

**Zahlungsbedingungen:**

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich Halter des Pferdes 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 Pferdes bin, versichere ich, im ausdrücklichen Auftrag des Pferdehalters 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)