

Besitzer:

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon privat: _____ Telefon mobil: _____

Email: _____

Pferd:

Name: _____ Alter: _____

Rasse: _____ Geschl.: _____

Stalladresse: _____

Gewicht (Ihr Pferd wird in der Klinik gewogen): _____

Vorbericht: _____

Vorerkrankungen: _____

Haustierarzt/überweisender Tierarzt: _____

Tetanusschutz vorhanden: Ja Nein

(Wir behalten uns vor, Ihr Pferd bei nicht vorhandenem Tetanusschutz gegen Tetanus zu immunisieren)

Schlachttierstatus: Schlachttier Nicht-Schlachttier **Versicherung:** Es besteht eine OP-Versicherung / Vollkrankenversicherung

bei: _____ (Gesellschaft)

Hiermit trete ich die Ansprüche bezüglich dieser Operation an die o.g. Klinik ab.

Ich erteile Auskunftserteilungserlaubnis bei der o.g. Versicherungsgesellschaft.

Einwilligung zur Nutzung meiner Kontaktdaten:Zum Rechnungsversand per Email Zum Versand von Impferinnerungen per Postkarte

Eine Anzahlung für Behandlungen muss beim Erstbesuch bar oder bei Abholung aus der Klinik bar oder mit EC-/Kreditkarte bezahlt werden.

Hiermit wird bestätigt, dass die oben genannten Angaben korrekt sind und die allgemeinen Geschäftsbedingungen sowie der Datenschutzhinweis zur Kenntnis genommen wurden._____
Ort, Datum_____
UnterschriftAufnahme am: _____ Kürzel: _____ Aufklärung über Anzahlung / Besuchszeiten Entlassung am: _____ Kürzel: _____ Anzahlung: _____ € Bar / EC-Karte