

Besitzer:

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon privat: _____ Telefon mobil: _____

Geburtsdatum: _____ Email: _____

Pferd:

Name: _____ Lebensnummer: _____

Alter: _____ Geschlecht: _____

Rasse: _____ Farbe: _____

Stalladresse: _____

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

Vorbericht: _____

Vorerkrankungen/Allergien: _____

Haustierarzt/überw. 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 und Operationen muss beim Erstbesuch bar oder bei Abholung aus der Klinik bar oder mit EC-Karte 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

Unterschrift

Aufnahme am: _____ Kürzel: _____ Aufklärung über Anzahlung / Besuchszeiten

Entlassung am: _____ Kürzel: _____ Anzahlung: _____ € Bar / EC-Karte