



Aufnahmeformular Patientenbesitzer

Stammdaten:

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum /-ort _____

Straße + Hausnummer _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Haustierarzt _____

Eingewiesen durch _____

Rücküberweisung Ja Nein An: _____

Pferdenname _____

Rasse _____

Farbe _____

Geschlecht _____

Geburtsdatum _____

Lebens-/Chipnummer _____

OP- / Krankenversichert Ja Nein

Name der Versicherung _____

Tarif _____



Aufnahmeformular Patientenbesitzer

Behandlungsvertrag:

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und deshalb 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 Schuldenverfahren befinde, und dass das Schuldnerverzeichnis des für mich zuständigen Amtsgerichts keine Eintragungen über meine Person aufweist.

Sofern ich nicht Halter des Tieres bin, versichere ich, im ausdrücklichen Auftrag des Tierhalters zu handeln. Fehlt es an einer Bevollmächtigung, oder stellt der Tierhalter eine 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 die Mitarbeiter der Praxis, Leistungen Dritter (Labors u. ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.

Nach Beendigung der Behandlung ist die Summe aller Leistungen (Abrechnung erfolgt nach aktueller Gebührenordnung für Tierärzte), Medikamente sowie weiterer anfallender Auslagen unmittelbar an die Pferdeklinik zu entrichten.
Dies kann in bar als auch per EC oder Kreditkarte erfolgen.

Iffezheim, den _____
Datum

Unterschrift