

WILLKOMMEN IN DER

Tierärztlichen Praxis für Kleintiere Dr. Neuberger & Dr. Diepenbruck

Besitzer:

Name, Vorname:		
Straße, Hausnummer:		
PLZ, Wohnort:		
Telefon privat:	Mobil:	Email:
Email:		

Patient:

Tierart:	Rasse:
Name:	Farbe:
Geburtsdatum / Alter:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> kastriert <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> kastriert
Tätowierung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Chip-Nr.: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Überweisender Tierarzt: _____ (bitte Unterlagen mitbringen)

OP Versicherung: _____

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Behandlungen und Medikamente grundsätzlich im Anschluss des Besuches bar oder mit ec-Karte zu bezahlen sind.

Ich zahle: bar ec-Cash

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Personalien und gebe den Auftrag zur Untersuchung / Behandlung meines Tieres. Zudem erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten ausschließlich als Patientenakte gespeichert werden und, wenn erforderlich, mein Name und die Daten meines Tieres an das externe Labor "Idexx" weitergegeben werden.

Datum

Unterschrift