

ANMELDESCHEIN
(bitte in Blockschrift ausfüllen)

für unsere Kundendatei erbitten wir von Ihnen folgende Angaben :

KAI WINTER
prakt. Tierarzt

TIERÄRZTLICHE PRAXIS F. KLEINTIERE

BURGSTR. 1 , 59755 ARNSBERG

TIERHALTER

Name		Vorname	
PLZ	Wohnort		
Straße		Geburtsdatum	
Telefon		E-mail	

AUFTRAGGEBER, FALLS ABWEICHEND VOM TIERHALTER

Name		Vorname	
PLZ	Wohnort		
Straße		Geburtsdatum	
Telefon		Handy	

PATIENT

Name des Tieres		Rasse	
Geburtsdatum		Farbe	
Geschlecht	männlich	kastriert	Tätowierung/Chip.Nr.
	weiblich	kastriert	

MEDIKAMENTE, WELCHE DAS TIER ZUR ZEIT BEKOMMT

Medikament 1
Medikament 2

ZAHLUNGSWEISE

Barzahlung	EC-Card	Kreditkarten, American Express und Diners werden nicht akzeptiert
------------	---------	---

TIERKRANKENVERSICHERUNG

nein	ja	Gesellschaft
------	----	--------------

ERKLÄRUNG

Ich bin einverstanden, dass – soweit medizinisch erforderlich – Dritte mit Arbeiten betraut werden, die in unserer Praxis nicht durchzuführen sind, z.B. Pathologie.

Ich versichere, dass ich der Halter des Tieres bin oder im ausdrücklichen Auftrag des Tierhalters handle. Ich hafter selbstschuldnerisch. Für die entstehenden Kosten aus Untersuchung und Behandlung komme ich am Behandlungstag mit der oben angegebenen Zahlungsweise auf.

Datum	Unterschrift
-------	--------------