Aus Nähe zum Tier!

Tierarzt Mobil

Termine nach Vereinbarung

Dr. med. vet. Corinna Heidrich
Ringstr. 32 35075 Gladenbach
Tel. Anmeldung 06462 926090 & 0163 3337077

Anmeldung

Datum: .....
Uhrzeit: .....

Halterinformation :

Name des Auftraggebers: _____

Vorname: _____ Geb. Dat.: __ __ __ __ __ __

Straße: _____ Haus Nr.: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Telefon privat: _____ Telefon beruflich: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____ (Befunde und Rechnungen) Fax: _____

Haustierärztin/Haustierarzt :
Name und Adresse: _____

Besitzerdaten, falls abweichend vom Auftraggeber:
Name, Adresse und Telefon: _____

Patientendaten :

Hund ☐ Katze ☐ Sonstiges: _____ Farbe: _____

(Kaninchen: **nicht zum Verzehr** ☐ bitte unbedingt hier ankreuzen!)

Name: _____

Rasse: _____ Geburtsdatum: _____ Impfdatum: _____

Männlich ☐ Weiblich ☐ Kastriert/Sterilisiert: ja ☐ nein ☐

Chip/Tätowierung: _____ Aktuelles Gewicht: _____kg

Grund der heutigen Vorstellung: _____

Das Honorar zahle ich unmittelbar nach der Behandlung **in bar** ☐ bitte unbedingt ankreuzen!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Personalien und gebe den Auftrag zur Untersuchung/Behandlung meines Tieres. Ich bin verpflichtet, für die tierärztliche Leistung finanziell aufzukommen: Die nach der zurzeit gültigen tierärztlichen Gebührenordnung anfallenden Behandlungsgebühren zzgl. Wegegeld müssen sofort beglichen werden. Ich bin damit einverstanden, dass ggf. anfallende diagnostische Proben meines Tieres in meinem Namen und auf meine Rechnung zur Untersuchung in externen Laboren in Auftrag mit Direktliquidation gegeben werden. Des Weiteren bin ich verpflichtet, die Tierärztin über die Untugenden des Tieres (Bissigkeit, etc.) zu unterrichten und wahrheitsgemäße Angaben zum Vorbericht zu machen. Die Haftpflicht nach § 834 BGB verbleibt beim Tierhalter. Meine Daten unterstehen der aktuellen Datenschutzverordnung - dies betrifft auch die buchhalterische Verarbeitung. Ich stimme bis auf Widerruf der Speicherung zu.

Datum und Unterschrift des Auftraggebers: _____