



## Tierärztliche Gemeinschaftspraxis Tarmstedt

Holschendorfer Weg 4 27412 Tarmstedt

Tel: 04283/8761 Fax: 04283/1233

Mail: info@tierarzt-tarmstedt.de

### Anmeldeformular Pferd

#### Besitzer

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie Impferinnerungen an die oben genannte E-Mail ☐ Ja ☐ Nein

Bitte senden Sie Rechnungen an die oben genannte E-Mail ☐ Ja ☐ Nein, separate E-Mail: \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie Anwendungs- und Abgabebelege an die o. g. E-Mail ☐ Ja ☐ Nein, separate E-Mail: \_\_\_\_\_

Stalladresse: \_\_\_\_\_

#### Patient

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Lebensnummer: \_\_\_\_\_

Rasse: \_\_\_\_\_ Fellfarbe: \_\_\_\_\_

Geschlecht: ☐ Hengst ☐ Wallach ☐ Stute

Mikrochipnummer: ☐ nein ☐ ja, Nr. : \_\_\_\_\_

Zur Schlachtung bestimmt: ☐ nein ☐ ja

Bekannte Erkrankungen / Allergien / Unverträglichkeiten: \_\_\_\_\_

Regelmäßige / aktuelle Medikamente: \_\_\_\_\_

Verhalten: ☐ o umgänglich ☐ o ängstlich ☐ o schlägt ☐ o beißt

#### Datennutzung

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die Tierärztliche Gemeinschaftspraxis Tarmstedt meine personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages erhebt und im beschriebenen Umfang und in der beschriebenen Art und Weise verarbeitet. Die ausführlichen Datenschutzhinweise, die in der Tierärztlichen Gemeinschaftspraxis Tarmstedt ausliegen, habe ich zur Kenntnis genommen.

#### Behandlungsvertrag

Ich versichere durch meine Unterschrift, dass ich Besitzer 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 entstandenen Kosten der Behandlung zu tragen.

Sofern ich nicht Besitzer des Tieres bin, versichere ich, im ausdrücklichen Sinne des Tierbesitzers zu handeln. Fehlt es an einer Bevollmächtigung oder stellt der Tierbesitzer eine Bevollmächtigung in Abrede, bestätige ich hiermit, dass ich für die entstehenden Kosten aus der Behandlung aufkommen werde.

Sofern es zur Diagnosefindung erforderlich ist, ermächtige ich den Inhaber und die Mitarbeiter dieser Praxis, Leistungen Dritter (Labor, Pathologie, o.ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Personalien und gebe den Auftrag zur Untersuchung / Behandlung meines Tieres. Ich nehme zur Kenntnis, dass im tierärztlichen Notdienst ein höherer Gebührensatz anfällt.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_