

Anmeldeformular

Hiermit melde ich mein Tier zur Behandlung in Ihrer Praxis an:

Name _____ Vorname _____

Straße _____ Geb.-Datum _____

PLZ/Ort _____ Tel.-Nr.: _____

E-Mail-Adresse (**Druckbuchstaben**) _____

Tier/ Name _____ Tierart/Rasse _____

Farbe _____ Geb.-Datum _____

männlich weiblich kastriert nicht kastriert

Tierkrankenversicherung: ja/nein : Gesellschaft: _____

Die Berechnung der Leistungen erfolgt gemäß der Gebührenordnung für Tierärzte (GOT).
Ich bezahle die Behandlung meines Tieres in bar/mit EC-Karte.

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 den Inhaber und die Mitarbeiter der Praxis, Leistungen Dritter (Labors, Spezialuntersuchungsanstalten u. Ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Name in Druckbuchstaben: _____