



Zur EDV-Erfassung bitte ich Sie um nachfolgende Angaben, die natürlich der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen.

Angaben BESITZER

Name

Vorname

Straße | Nr

PLZ | Ort

Email

Telefon

Mobil

Benachrichtigungen (z.B. Impferinnerung) möchte ich per

☐

Postweg

☐

Email

Angaben PATIENT

☐

Hund

☐

Katze

☐

Meerschweinchen

☐

Kaninchen

☐

Sonstiges

Name

Geburtsdatum | Alter

Rasse

Chip-Nummer

EU-Heimtierausweis Nr.:

☐

weiblich

☐

männlich

☐

kastriert

☐

nicht kastriert

Behandlungen, klinische Leistungen und Medikamentenabgabe können nicht auf offene Rechnung erfolgen.

Datum

Unterschrift

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und akzeptiere die Zahlungsbedingungen.