

Anmeldeformular

Besitzerdaten:

Name: _____ Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

Plz/Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

E-Mail: _____

Patientendaten:

Name: _____ Art/Rasse: _____

Geburtsdatum/geschätztes Alter: _____ Fellfarbe: _____

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ kastriert

Gewicht: _____ kg Chipnummer: _____

Haustierarzt: _____ letzte Impfung: _____

Grund der Vorstellung: _____

☐ **OP-Versicherung**

☐ **Tierkrankenversicherung** (übernimmt Kosten
für Behandlungen & Op)

Welche Versicherungsfirma: _____

(Bitte senden Sie uns Ihre Versicherungspolice vorab an **info@tierarzt-zentrum-magdeburg.de** oder bringen Sie diese zu Ihrem nächsten Termin mit)

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und deshalb berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung erforderlicher Behandlungen und Operationen zu schließen. 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.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich, sollte ich einen **Termin** einmal nicht einhaltenkönnen, diesen **24 Stunden vorher absage**. Weiterhin habe ich zur Kenntnis genommen, dass mir bei einem nicht rechtzeitig abgesagten Termin, ein **Ausfallhonorar in Höhe von 50,- €** brutto in Rechnung gestellt wird (§ 615 BGB).

Ich stimme der Abrechnung der Behandlung *nach positiver Bonitätsprüfung* durch die *externe Verrechnungsstelle "BFS"* zu.

Datum, Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, das Behandlungsabläufe und Bildmaterial, ohne Angabe von Besitzerdaten, veröffentlicht werden. ☐ Nein

Interne Kontrolle (Kürzel): _____