

Anmeldeformular Physiotherapie

Besitzerdaten:

Name: _____ Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

Plz/Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

E-Mail: _____

☐ OP-Versicherung

☐ Tierkrankenversicherung

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

Patientendaten:

Name: _____ Art/Rasse: _____

Geburtsdatum: _____ Chipnummer: _____

Geschlecht: ☐ männlich

☐ weiblich

☐ kastriert

Gewicht: _____ kg

Haustierarzt: _____

Grund der Vorstellung: _____

Seit wann im Besitz:	☐ Welpе	☐ Junghund	☐ erwachsener Hund
Herkunft:	☐ Züchter	☐ Tierhandlung	☐ Inland
	☐ privat	☐ Tierheim	☐ Ausland
Besitzerwechsel:	☐ nein	☐ ja, wie oft: _____	
Haltungsform:	☐ Haus/Wohnung		☐ Zwinger
	☐ Treppen, wie viele: _____		
Verwendungszweck:	☐ Haushund	☐ Hofhund	☐ Arbeitshund
	☐ Jagd	☐ Hundesport: _____	
Art der Halsung:	☐ Lederhalsband	☐ Halti	☐ Brustgeschirr
	☐ Kettenhalsband	☐ Stachelhalsband	☐ Sonstiges: _____
Ausdauer:	☐ viel	☐ mittelmäßig	☐ wenig
Verhaltensauffälligkeiten:	☐ nein	☐ ja, welche: _____	
Ernährung/Futtermittel: _____			
Besonderheiten beim Fressen: _____			
Besonderheiten beim Trinken: _____			

Allergien:

Tumorerkrankungen:

Erkrankungen im Maulbereich, obere Halsgegend, Tonsillen:

Augenerkrankungen:

Ohren-/Nasenerkrankungen:

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

Atemwegserkrankungen:

Magen-/Darmprobleme (Obstipation oder Diarrhö):

Kotabsatzprobleme:

Analdrüsenveränderungen:

Erkrankungen des Harntrakts:

Harnabsatzprobleme:

Erkrankungen der Geschlechtsorgane/Geburten:

sonstige Erkrankungen:

regelmäßig geimpft:

Unfälle, Verletzungen, Operationen (Narben):

Lahmheiten unbekannter Ursache:

Dauermedikamente:

Diagnose/Röntgen-Diagnose:

Probleme in der Wachstumsphase:

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.

Die Abrechnung erfolgt *nach positiver Bonitätsprüfung* durch Rechnungslegung durch die *externe Verrechnungsstelle BFS*.

Datum, Unterschrift

Interne Kontrolle (Kürzel):