

ANMELDEFORMULAR



HERZLICH WILLKOMMEN IN DER KLEINTIERPRAXIS BAD ORB!

Um die Aufnahme Ihrer Daten zu erleichtern und deren korrekte Schreibweise sicherzustellen bitten wir Sie, das folgende Formular **vollständig** und gut **leserlich** (*Druckschrift*) auszufüllen. Vielen Dank.

ANGABEN ZUM TIERBESITZER

Name, Vorname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnr.	<input type="text"/>				
PLZ, Ort	<input type="text"/>				
Telefon Festnetz	<input type="text"/>	Mobil	<input type="text"/>		
E-Mail	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>		

ANGABEN ZUM TIER

Name	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tierart	<input type="checkbox"/> Hund	<input type="checkbox"/> Katze	<input type="checkbox"/> Freigänger	<input type="checkbox"/> Hauskatze	
	<input type="checkbox"/> Kaninchen	<input type="checkbox"/> Meerschweinchen	<input type="checkbox"/> andere Art	<input type="text"/>	
Rasse	<input type="text"/>	Fellfarbe	<input type="text"/>		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> unkastriert	<input type="checkbox"/> kastriert (seit)	<input type="text"/>
Mikrochip / Tätotr.	<input type="text"/>				
Vorerkrankungen	<input type="text"/>				
Aktuelle Medikation	<input type="text"/>				
Haustierarzt	<input type="text"/>				

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Überweisung Internet Empfehlung Telefonbuch Sonstiges

HINWEISE ZUR ZAHLUNG

Alle tierärztlichen Leistungen bitten wir Sie **auch im Notdienst** direkt **bar oder per EC-Karte** zu bezahlen.

Bezahlung BAR EC

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die **Richtigkeit aller Angaben**, sowie **rechtmäßiger Eigentümer** des o.g. Tieres zu sein. Ich bin **geschäfts- u. zahlungsfähig** und werde alle an mich gestellten **Rechnungen unverzüglich und in voller Höhe** begleichen.

Termine müssen frühzeitig abgesagt werden, d.h. Termine während der Sprechzeiten spätestens 24 Stunden vorher, bei Operationen und Untersuchungen in Narkose spätestens 48 Stunden vorher. Falls dies nicht erfolgt, oder ein Termin nicht wahrgenommen wird, berechnen wir eine Ausfallgebühr.

Soweit es zur Diagnosefindung erforderlich ist, ermächtige ich die Praxis, Leistungen Dritter (Labors, Spezialuntersuchungsanstalten u.ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.

Ich kenne die Geschäftsinformationen nach **DL-InfoV**.

Bad Orb, den _____

Unterschrift _____