



# Pferdezahnmobil

TIERÄRZTIN MAREN SCHREIBER

ZUSATZBEZEICHNUNG: ZAHNHEILKUNDE PFERD

## ANMELDEFORMULAR

### PATIENTENBESITZER/AUFTRAGGEBER

Nachname/Vorname \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Handy \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Abweichende Rechnungsadresse \_\_\_\_\_

### TIER

Name \_\_\_\_\_

Tierart \_\_\_\_\_

Rasse \_\_\_\_\_

Farbe \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Gewicht \_\_\_\_\_

Tetanus Impfung  ja  nein

Letzte Impfung \_\_\_\_\_

Schlachtpferd  ja  nein

Geschlecht  Hengst  Wallach  Stute

Grund des heutigen Besuchs \_\_\_\_\_

Bekannte Allergien/Unverträglichkeiten/Vorerkrankungen \_\_\_\_\_

Überweisender Haustierarzt (Kontaktdaten) \_\_\_\_\_

Versicherung  ja  nein Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Versicherungsgesellschaft \_\_\_\_\_



# Pferdezahnmobil

TIERÄRZTIN MAREN SCHREIBER

ZUSATZBEZEICHNUNG: ZAHNHEILKUNDE PFERD

## BEHANDLUNGSBEDINGUNGEN

Der Eigentümer oder bevollmächtigte Vertreter bestätigt hiermit berechtigt zu sein, einen Vertrag über die Durchführung erforderlicher Behandlungen und Operationen zu schließen.

1. Zur erfolgreichen Behandlung ist es notwendig, dass die erhobenen Daten, soweit zur Diagnosefindung erforderlich, im Rahmen weiterführender Diagnostik an Untersuchungslabore und Institute unverschlüsselt per E-Mail, Schnittstelle oder Fax übermittelt werden.
2. Ich berechne Leistungen, die ich für Ihr Tier erbringen gemäß der Gebührenordnung für Tierärzte, der GOT. Die Kosten für Behandlungen und Operationen Ihres Tieres werden am Ende der Konsultation fällig. Ich bitten Sie zu beachten, dass für Notdienst-, Nacht-, Wochenendbehandlungen und Notoperationen gemäß der GOT erhöhte Gebühren anfallen.

## EINWILLIGUNG ZUR NUTZUNG MEINER KONTAKTDATEN

zum Versand von Erinnerungen

ja

nein

zum Versand von Informationen zum Behandlungsverlauf

ja

nein

zum Versand der Rechnung per E-Mail

ja

nein

Ich habe die „Informationen zum Datenschutz“ erhalten. Mit meiner Unterschrift bestätige ich den Inhalt dieses Vertrages, die Richtigkeit meiner Personalien sowie der gemachten Angaben und akzeptiere die AGB. Die Behandlungsbedingungen werden von mir vollständig anerkannt:

Ort, Datum

Unterschrift des Auftraggebers\*

\*Als Bevollmächtigter versichere ich, Kraft ausdrücklichen Auftrags des Eigentümers oder des Tierhalters zu handeln.