



Aufnahmebogen:

Besitzer:

Vorname: _____
Name: _____ Geburtsdatum: _____
Straße, Nr.: _____
Postleitzahl: _____ Ort: _____
Telefon: _____ Mobil: _____
Fax: _____ Email: _____

Patient:

Name: _____ Geburtsdatum: _____
Tierart: _____ Geschlecht: weiblich männlich
Rasse: _____ Kastriert: Ja Nein
Farbe.: _____
Chipnummer: _____ (Bsp.: 276098123123123)
EU-Tierpass: _____ (Bsp.: DE 012345678)

Bitte haben Sie Verständnis, dass alle Behandlungen, medizinischen Leistungen und Medikamentenabgaben direkt bezahlt werden müssen. Wir bieten Ihnen die Möglichkeit in Bar oder mit Girocard (EC-Karte) zu zahlen.

Ich akzeptiere die Zahlungsbedingungen und versichere, dass meine Angaben korrekt sind:

Datum, Unterschrift Kunde