



## 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.

**Bitte beachten Sie Seite 2 dieses Formulars bezüglich unserer Datenschutzerklärung.**