

Tierarztpraxis Eva Christine Wild

Patientenaufnahmeschein

Für unsere Patientenkartei erbitten wir folgende Angaben:

Besitzer :

Nachname/Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Email: _____

Patient:

Rufname des Tieres: _____

Hund ☐ Katze ☐ Heimtier ☐ Sonstiges: _____

Rasse: _____

Geb.Datum / Alter: _____ Farbe: _____

Geschlecht: ☐ m ☐ w kastriert ☐ ja ☐ nein

Erkrankungen/Vorbehandlungen: _____

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Behandlung und Medikamente grundsätzlich im Anschluss des Besuches komplett zu bezahlen sind.

Ich zahle 0 bar 0 Karten-Zahlung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Personalien und gebe den Auftrag zur Untersuchung/Behandlung meines Tieres. Zudem erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten ausschließlich als Patientenakte gespeichert werden und, wenn erforderlich, mein Name und die Daten meines Tieres an externe Labore weitergegeben werden.

Datum

Unterschrift