

Herzlich willkommen !

Wir freuen uns, Sie hier begrüßen zu dürfen und für die Gesundheit Ihres Tieres zu sorgen. Bitte nehmen Sie sich zwei Minuten Zeit, dieses Formular auszufüllen. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an unser Team – wir helfen Ihnen gerne.



Praxis für Klein- und Heimtiere in Bunkhofen

Herr / Frau _____
Vorname

_____ Name

Kundeninformation

_____ Straße

_____ PLZ / Ort

_____ Telefon privat

_____ Telefon beruflich / Handy

_____ e-Mail

_____ Fax

Wie haben Sie von unserer Praxis erfahren?

- Lage / Praxisschild Telefonbuch / Gelbe Seiten Internet
 Empfehlung (Freunde / Bekannte) sonstiges: _____

Patienteninformation

_____ Name

_____ Rasse

_____ Farbe

Geschlecht weiblich männlich kastriert

_____ Geburtsdatum bzw. Alter

_____ Tätowierung bzw. Mikrochip-Nummer

Vorangegangene Erkrankungen / Operationen / Dauermedikamente

bekannte Allergien / Unverträglichkeiten (incl. Medikamente)

Gibt es noch weitere Tiere in Ihrem Haushalt? nein ja, _____

Weitere Information

- Einladungen zu (Vortrags-)Veranstaltungen in der Praxis dürfen mir gern zugesandt werden (per e-Mail)
 an der Teilnahme an einem Newsletter über aktuelle Themen würde ich mich freuen
 ich möchte gern an meine Impftermine erinnert werden (per e-Mail / per Postkarte)

Die Zahlung der anfallenden Gebühren erfolgt direkt nach der Behandlung bar oder per EC-Karte an der Anmeldung, sollte der Versand einer Rechnung nötig werden, behalten wir uns für entstandene Unkosten die Erhebung einer Gebühr vor.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Personalien und gebe den Auftrag zur Untersuchung / Behandlung meines Tieres nach der geltenden tierärztlichen Gebührenordnung.

Datum ____ . ____ . 20____

Unterschrift _____