

Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, informieren Sie uns bitte rechtzeitig. Sollte eine Absage ohne einen triftigen Grund nicht bis zu 24h vor dem Termin erfolgen,  kann eine Ausfallgebühr erhoben werden.

Ich bezahle (bitte ankreuzen):

O bar O EC-Karte Wir bitten um Begleichung der Rechnung im Anschluss an jede Behandlung.

O Rechnung Bei Bezahlung auf Rechnung oder Ratenzahlung erfolgt die Rechnungsstellung über eine tierärztliche Verrechnungsstelle (BFS health finance GmbH). Hierfür bitten wir Sie, die ausliegende Informationen zu beachten und Ihren Personalausweis vorzulegen.

Ich versichere mit meiner Unterschrift, dass ich Halter des Tieres bin und/oder berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistungen mit dem Kompetenzzentrum Kleintiermedizin, Dr. V. Furck abzuschliessen. Ich bestätige die Richtigkeit meiner o. a. Personalien und gebe den Auftrag zur Untersuchung bzw. Behandlung meines Tieres. Ich genehmige, dass an vor- oder nachbehandelnde Tierärzte Befunddaten weitergegeben werden. Die Inhalte dieses Patientenaufnahmescheines und die Zahlungsmodalitäten erkenne ich an. Hinweis nach § 33 BDSG: Daten werden elektronisch gespeichert.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden ? Wurden Sie überwiesen? Bitte tragen Sie Ihren überweisenden Tierarzt ein: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Angaben zum Tier

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name Art / Rasse Geburtsdatum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geschlecht: Kastriert? Bei Katzen: Freigänger?

bekannte Vorerkrankungen und Allergien:

Angaben zum Tierhalter

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name Vorname Geburtsdatum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße / Hausnummer PLZ / Ort

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon privat Telefon mobil email

**Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!**