



KLEINTIERPRAXIS AM HAIGST

Dr. med. vet. Stephan Schroth & Kollegen

Kleintierpraxis am Haigst
Dr. Stephan Schroth & Kollegen
Alte Weinsteige 100
70759 Stuttgart-Degerloch

Tel. 0711-762494
info@kleintierpraxisamhaigst.de
www.kleintierpraxisamhaigst.de

Patientenaufnahmeschein

(Stand: April 2018)

Für unsere Patientenkartei erbitten wir gemäß gesetzlichen Vorgaben folgende Angaben:

(bitte in Druckschrift ausfüllen!)

Name des Auftraggebers: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail (nur notwendig, wenn Rechnungsstellung/Impferinnerungen/Laborergebnisse per E-Mail
zugestellt werden dürfen): _____

Patient:

Tierart: Hund Katze Sonstiges: _____

Rasse: _____

Rufname des Tieres: _____

Geb. Datum: _____

Geschlecht: m w kastriert

Farbe/Besonderheiten: _____

Vorbehandlungen/Medikamente: _____

Überwiesen von: _____

Tierkrankenversicherung: nein ja, bei Gesellschaft: _____



KLEINTIERPRAXIS AM HAIGST

Dr. med. vet. Stephan Schroth & Kollegen

Kleintierpraxis am Haigst
Dr. Stephan Schroth & Kollegen
Alte Weinsteige 100
70759 Stuttgart-Degerloch

Tel. 0711-762494
info@kleintierpraxisamhaigst.de
www.kleintierpraxisamhaigst.de

Behandlungsvertrag

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und deshalb berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung erforderlicher Behandlungen und Operationen zu schließen, ich versichere ferner, dass ich willens und in der Lage bin, die dadurch entstehenden Kosten zu tragen. Ich erkläre in diesem Zusammenhang, dass ich mich zum Zeitpunkt dieser Erklärung in keinem gerichtlichen Schuldenverfahren befinde, und dass das Schuldnerverzeichnis des für mich zuständigen Amtsgerichts keine Eintragungen über meine Person aufweist.

Sofern ich nicht Halter des Tieres bin, versichere ich, im ausdrücklichen Auftrag des Tierhalters zu handeln. Fehlt es an einer Bevollmächtigung, oder stellt der Tierhalter eine Bevollmächtigung in Abrede, bestätige ich hiermit, dass ich für die entstehenden Kosten aus der Behandlung aufkommen werde.

Soweit es zur Diagnosefindung erforderlich ist, ermächtige ich den Inhaber und die Mitarbeiter der Praxis, Leistungen Dritter (Labors, Spezialuntersuchungsanstalten u. ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.

Ich zahle die entstehenden Kosten sofort in bar oder per EC-Karte. Mir ist bekannt, dass der Praxis ein Zurückbehaltungsrecht an dem behandelten Tier zusteht, wenn ich nicht bereit oder dazu in der Lage bin, die durch die Behandlung des Tieres entstandenen Kosten in bar oder per EC-Karte zu zahlen.

X Ort/Datum _____ Unterschrift _____