

Tierarztpraxis am Bürgerpark

Anmeldeformular



Wir freuen uns, Sie heute zum ersten Mal bei uns in der Tierarztpraxis zu begrüßen.

Tierhalter	Tier
Name:	Name:
Vorname:	Art: <input type="checkbox"/> Hund <input type="checkbox"/> Katze <input type="checkbox"/> Kaninchen <input type="checkbox"/> Meerschwein <input type="checkbox"/> Vogel <input type="checkbox"/> Sonstiges
Straße:	Rasse:
Postleitzahl:	Geboren am:
Ort:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> kastriert/ sterilisiert
Telefon: Mobil:	Tattoo/ Chipnummer:
E-Mail:	Sonstiges/Farbe:

Vorbericht:

- Welche Erkrankungen hatte Ihr Tier bisher? _____
- Bekommt Ihr Tier Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche? _____

- Gibt es weitere Tiere im Haushalt? ja nein _____
- Wurde Ihr Tier von einem anderen Tierarzt vorbehandelt? ja nein
- Stammt Ihr Tier aus dem Ausland? ja nein Wenn ja, woher? _____

Die Bezahlung der Behandlung und der Medikamenten- und Futtermittelabgabe kann in Bar oder mit EC-Karte erfolgen.

Die o. g. Angaben werden streng vertraulich behandelt und fallen unter die ärztliche Schweigepflicht.

DSGVO

Ich habe die ausführlichen Informationen und Aufklärung bezüglich der DSGVO als Aushang in der Praxis zur Kenntnis genommen.

Ich **stimme zu**, dass im Falle einer Blutabnahme oder Überweisung meine Daten entsprechend weitergeleitet werden. Ferner ist die Tierarztpraxis berechtigt mich telefonisch / per email zu kontaktieren.

Datum, Ort

Unterschrift