



# Zentrum für Tiergesundheit

## Patientenaufnahmeschein

### Angaben zum Tierhalter:

Name		Vorname	
Straße, Hausnummer		PLZ/Ort	
Telefonnummer privat	Telefonnummer mobil	eMail oder Fax	
Geburtsdatum Tierhalter			

### Angaben zum Patienten:

Name des Patienten		Art/Rasse	
Geburtsdatum/Alter	männlich <input type="radio"/>	Kastriert ja <input type="radio"/>	
	weiblich <input type="radio"/>	Kastriert nein <input type="radio"/>	
Gewicht (kg)	Farbe		
Ist Ihnen aggressives Verhalten Ihres Tieres unter Stress (z.B. beim Tierarzt-Besuch) bekannt?		ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Sind Ihnen schwere Erkrankungen Ihres Tieres bekannt? Wenn ja, welche?		ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Bekannte Allergien/Unverträglichkeiten (Futter/Medikamente):			
Regelmäßige Einnahmen von Medikamenten (auch Homöopathika):		ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>

Haustierarzt: _____	Ich bin überwiesen:	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Tierkrankenversicherung	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	

Wir machen darauf aufmerksam, dass Leistungen aus unserer Arzneimittelabgabegesellschaft (Abgabemedikamente und Futtermittel) nur gegen sofortige Bezahlung erfolgen. Zahlungsmöglichkeit: Bar- oder EC-Karte. Wir behalten uns vor, die Behandlungskosten – **nach Bonitätsprüfung, mit Vorlage eines gültigen Ausweispapiers** – über eine Verrechnungsstelle einzuziehen. Auf Behandlungskosten, die sofort bar bezahlt werden erhalten Sie 3% Skonto.

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und/oder berechtigt bin, einen Vertrag über die Behandlung meines Tieres abzuschließen. Ich stimme zu, dass an vor- und nachbehandelnde Tierärzte die Befunddaten übermittelt werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift