Dr. med. vet.
Torsten Heinzel
Fachtierarzt für Pferde

Patientenaufnahmeschein

Für unsere Kundendatei erbitten wir folgende Angaben

Auftraggeber:

Name: ..... Vorname: .....

Ihr Geburtsdatum: .....

Straße: ..... PLZ, Ort: .....

Telefon: ..... E-Mail: .....

Angaben zum Pferd:

Name laut Equidenpass: ..... Rufname: .....

Geburtsdatum: ..... Standort: .....

Geschlecht: ..... Rasse: .....

Lebensnummer laut Equidenpass: .....

Chipnummer laut Equidenpass: .....

Schlachtpferd laut Equidenpass: ❑ Ja ❑ Nein

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und deshalb berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung erforderlicher Behandlungen und Operationen zu schließen. Ferner versichere ich, 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 Schuldverfahren 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 (Labor u. ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.

Ort, Datum: ..... Unterschrift: .....