

**Angaben zum Besitzer**

Name	
Vorname	
Adresse	
PLZ, Ort	
Telefon, Privat	
Telefon, Geschäft	
Telefon, Handy	
Email	

Angaben zum Tier

Tierart	
Name	
Rasse	
Geburtsdatum	
Geschlecht/ Kastriert ?	
Chipnummer	
Fellfarbe	
Freigang? (bei Katzen)	
Spezialfutter / Diätetik?	

Ist Ihr Tier versichert? ja nein

Wenn ja, bei welcher Versicherung? _____

Wenn Notfallpatient bitte Privattierarzt angeben: _____

Mit Ihrer Unterschrift akzeptieren Sie, dass die Kleintierpraxis ACR

- ohne weitere Rückfragen Auskunft erteilen darf an Versicherungen, andere Fachinstitutionen (Privattierärzte, Überweisungskliniken, Tierspitäler) und Ämter.
- Ihre Erlaubnis hat, Ihr Tier zu untersuchen und die Behandlung einzuleiten.
- Sie vollumfänglich über Behandlungsoptionen, diagnostische Möglichkeiten sowie anfallende Kosten aufklären wird. Bei Unklarheiten oder Komplikationen verpflichten Sie sich, umgehend bei uns nachzufragen.
- Ihnen Termine, die <24 Stunden abgesagt werden oder versäumte Termine vollumfänglich in Rechnung stellt.
- per Email/SMS Rechnungen, Quittungen und Erinnerungen zustellen darf.

Bitte beachten Sie unsere Zahlungsmodalitäten:

- Direkte Barzahlung (bar oder mit Karte) für Rechnungsbeträge bis CHF 700.-
- Bei Beträgen > CHF 700.- wird eine Mindestanzahlung in Höhe von 700.- fällig. Der Restbetrag kann in Absprache mit der Geschäftsleitung in Rechnung gestellt und muss innerhalb der üblichen Zahlungsfrist (30 Tage) beglichen werden.

Ort, Datum

Unterschrift
