

Kleintierpraxis Dr. Joachim Hölter



Herzlich willkommen in unserer Praxis. Wir freuen uns, dass die Wahl Ihrer Kleintierpraxis Sie zu uns geführt hat. Bitte helfen Sie uns mit einigen Auskünften für unsere EDV aus. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Tierbesitzer, Tierbesitzerin

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ E-Mail: _____

Straße, Hausnr.: _____ Wohnort: _____

Telefon privat: _____ Handy: _____

Patient

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Tierart: _____ Rasse: _____

Geschlecht () männlich () weiblich () kastriert

Letzte Läufigkeit: _____

Microchip: _____

Benötigt Ihr Tier regelmäßig Medikamente? () nein () ja, welche?

Informationsservice

Ich wünsche aktuelle Informationen (z.B. Erinnerung an den jährlichen Gesundheitscheck inkl. Impfung) für mich und mein Tier

() ja () per E-mail () per Post () nein

Moderne Tiermedizin verursacht Kosten. Diese müssen direkt nach der Behandlung bar oder per EC-Karte beglichen werden.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und akzeptiere die Zahlungsbedingungen.

Stade, den _____

Unterschrift des Besitzers: _____

oder Unterschrift des Verantwortlichen mit Personalausweisnr.: _____
