

**Kleintierpraxis Stade**  
**Tierärzte IVC Evidensia GmbH**



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/in :**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.datumBesitzer/in \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon:  
privat: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

**Tier:**

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Tierart: \_\_\_\_\_ Rasse: \_\_\_\_\_

Geschlecht: männlich ( ) weiblich ( ) Kastriert ( )

Letzte Läufigkeit: \_\_\_\_\_

Microchipnr.: \_\_\_\_\_

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

Haustierarzt: \_\_\_\_\_

**Informationsservice**

Ich wünsche aktuelle Informationen (z.B. Erinnerung an den jährlichen Gesundheitscheck inkl. Impfung)

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.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_