Tierärztezentrum Lohmar

AUFNAHMEFORMULAR

Für die korrekte Erfassung und um eine sichere Verarbeitung Ihrer Daten zu gewährleisten, bitten wir Sie, die Unterlagen vollständig auszufüllen.

Tierbesitzer*in (bitte nur einen Namen angeben)

Vorname: _____ Nachname: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

☐ Name des Auftraggebers (wenn nicht Besitzer):

Vorname: _____ Nachname: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Tier

☐ Hund ☐ Katze ☐ Andere _____

Name: _____ Rasse: _____

Farbe: _____ Geb. Datum: _____

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ kastriert

Tätowierung/Chip-Nr.: ☐ nein ☐ ja, Nummer:_____

Bei Katzen: ☐ Freigänger ☐ Wohnungskatze

OP-Kosten versichert? ☐ ja ☐ nein

Krankenversichert? ☐ ja ☐ nein

Haustierarzt: _____

Hat Ihr Haustierarzt Sie zu uns überwiesen? ☐ ja ☐ nein