

**Anmeldeformular**  
**Herzlich willkommen in der Tierarztpraxis Hadern, Dr. Anna Draschka!**

**Tierbesitzer**

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

Straße: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Patient**

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

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

Geschlecht:  männlich  weiblich  kastriert Farbe: \_\_\_\_\_

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

EU-Ausweisnummer: \_\_\_\_\_

Letzte Impfung: \_\_\_\_\_ Letzte Wurmkur: \_\_\_\_\_

Auslandsaufenthalte (Land/Jahr): \_\_\_\_\_

Vorerkrankungen: \_\_\_\_\_

Tierkrankenversicherung:  nein  ja, bei Gesellschaft: \_\_\_\_\_

**Informationsservice**

Ich bin damit einverstanden, im Rahmen der Gesundheitsvorsorge an fällige Termine (z.B. Kontrolltermine, Impfungen) erinnert zu werden.  Ja  Nein

Hiermit erkläre ich mich bereit jede tierärztliche Behandlung sowie Einkäufe in der Praxis und im Shop sofort zu bezahlen.

Ich zahle  bar  per EC-Karte

Mit meiner Unterschrift erteile ich den Auftrag zur Untersuchung, Beratung und Behandlung, bestätige die Richtigkeit der Angaben zu meiner Person, akzeptiere die Zahlungsbedingungen und Allgemeinen Geschäftsbedingungen (siehe Aushang) und willige ein, dass die angegebenen personenbezogenen Daten zur Zwecke der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses erhoben und gespeichert werden dürfen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Besitzers