

**ANMELDESCHIN**  
(bitte in Blockschrift ausfüllen)

für unsere Kundendatei erbitten wir von Ihnen folgende Angaben :

**KAI WINTER**  
prakt. Tierarzt

TIERÄRZTLICHE PRAXIS F. KLEINTIERE

BURGSTR. 1 , 59755 ARNSBERG

**TIERHALTER**

Name		Vorname	
PLZ	Wohnort		
Straße		Geburtsdatum	
Telefon		E-mail	

**AUFTRAGGEBER, FALLS ABWEICHEND VOM TIERHALTER**

Name		Vorname	
PLZ	Wohnort		
Straße		Geburtsdatum	
Telefon		Handy	

**PATIENT**

Name des Tieres		Rasse	
Geburtsdatum		Farbe	
Geschlecht	männlich	kastriert	Tätowierung/Chip.Nr.
	weiblich	kastriert	

**MEDIKAMENTE, WELCHE DAS TIER ZUR ZEIT BEKOMMT**

Medikament 1
Medikament 2

**ZAHLUNGSWEISE**

Barzahlung	EC-Card	Kreditkarten, American Express und Diners werden nicht akzeptiert
------------	---------	---

**TIERKRANKENVERSICHERUNG**

nein	ja	Gesellschaft
------	----	--------------

**ERKLÄRUNG**

Ich bin einverstanden, dass – soweit medizinisch erforderlich – Dritte mit Arbeiten betraut werden, die in unserer Praxis nicht durchzuführen sind, z.B. Pathologie.

Ich versichere, dass ich der Halter des Tieres bin oder im ausdrücklichen Auftrag des Tierhalters handle. Ich hafter selbstschuldnerisch. Für die entstehenden Kosten aus Untersuchung und Behandlung komme ich am Behandlungstag mit der oben angegebenen Zahlungsweise auf.

Datum	Unterschrift
-------	--------------