

Hinweis: Dieses Formular kann nur ausgefüllt und gedruckt, aber nicht ausgefüllt gespeichert werden.

Anmeldedaten

Für einen schnellen und reibungslosen Ablauf in unserer Praxis, möchten wir Sie bitten dieses Formular möglichst vollständig und genau auszufüllen.



Tierhalter:

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Straße/Platz:	<input type="text"/>	PLZ/Wohnort:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>	Handy:	<input type="text"/>

Tierdaten:

Name:	<input type="text"/>	Tierart:	<input type="text"/>
Rasse:	<input type="text"/>	Farbe:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	Gewicht:	<input type="text"/>
Letzte Impfung:	<input type="text"/>	Kastriert/Steril.:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind allergische Reaktionen auf Medikamente oder Impfungen bekannt?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche:
<input type="text"/>			
Bekommt Ihr Tier regelmäßig Medikamente?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche und wann war die letzte Eingabe:
<input type="text"/>			
Reagiert Ihr Tier in Stresssituationen aggressiv?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, selten <input type="checkbox"/> ja, häufig	

Tierkrankenversicherung? nein ja, bei: Vers-Nr.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? (Mehrfachnennungen möglich)

<input type="checkbox"/> Telefonbuch	<input type="checkbox"/> Bekannte/Freunde	<input type="checkbox"/> Fressnapf	<input type="checkbox"/> andere Quelle: _____
<input type="checkbox"/> Über das Internet:	<input type="checkbox"/> Google	<input type="checkbox"/> Onlinebranchenbuch (<input type="checkbox"/> Gelbe Seiten <input type="checkbox"/> Gewusst wo <input type="checkbox"/> andere)
	<input type="checkbox"/> andere Suchmaschine	<input type="checkbox"/> Facebook	<input type="checkbox"/> andere Seiten _____

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner oben gemachten Daten und erteile den Auftrag zur Untersuchung/Behandlung meines Tieres. Ich erlaube der Tierpraxis Radick & Jung die Daten zu speichern und bis auf Widerruf für Kundeninformationen zu nutzen. Mit meiner Unterschrift habe ich zur Kenntnis genommen, dass alle erbrachten Leistungen, Behandlungen und Medikamente sofort bar oder per EC-Cash beglichen werden müssen.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Weitere Tiere:

Tier 2:

Name: Tierart:
Rasse: Farbe:
Geburtsdatum: Gewicht: Kastriert/Steril.: ja nein
Letzte Impfung: Geschlecht: männlich weiblich
Sind allergische Reaktionen auf Medikamente oder Impfungen bekannt? ja nein Wenn ja, welche:

Bekommt Ihr Tier regelmäßig Medikamente? ja nein Wenn ja, welche und wann war die letzte Eingabe:

Reagiert Ihr Tier in Stresssituationen aggressiv? nein ja, selten ja, häufig

Tier 3:

Name: Tierart:
Rasse: Farbe:
Geburtsdatum: Gewicht: Kastriert/Steril.: ja nein
Letzte Impfung: Geschlecht: männlich weiblich
Sind allergische Reaktionen auf Medikamente oder Impfungen bekannt? ja nein Wenn ja, welche:

Bekommt Ihr Tier regelmäßig Medikamente? ja nein Wenn ja, welche und wann war die letzte Eingabe:

Reagiert Ihr Tier in Stresssituationen aggressiv? nein ja, selten ja, häufig

Tier 6:

Name: Tierart:
Rasse: Farbe:
Geburtsdatum: Gewicht: Kastriert/Steril.: ja nein
Letzte Impfung: Geschlecht: männlich weiblich
Sind allergische Reaktionen auf Medikamente oder Impfungen bekannt? ja nein Wenn ja, welche:

Bekommt Ihr Tier regelmäßig Medikamente? ja nein Wenn ja, welche und wann war die letzte Eingabe:

Reagiert Ihr Tier in Stresssituationen aggressiv? nein ja, selten ja, häufig