



KLEINTIER
KLINIK
ETTLINGEN

ANMELDEFORMULAR

LIEBE TIERBESITZERIN, LIEBER TIERBESITZER,
herzlich willkommen bei der TIERÄRZTLICHES ZENTRUM LAUTERSACK GMBH. Um Sie und Ihr Tier näher kennen zu lernen, möchten wir Sie bitten diesen Fragebogen auszufüllen und bei Ihrem ersten Besuch in unserer Klinik mitzubringen. **(bitte gut leserlich in Druckbuchstaben)**

FRAGEN ZUM HALTER:

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Haus-Nr.	PLZ, Ort
Telefon (privat / dienstlich) und / oder Mobil	Email

FRAGEN ZUM TIER:

Name	Geburtsdatum
Tierart	Rasse
Farbe	Gewicht
Geschlecht : ☐ männlich ☐ weiblich ☐ kastriert	Chip-/Kennzeichnungsnummer
Vorerkrankungen	Unverträglichkeit
Haustierarzt / Überweiser	

FRAGEN ZUR EINLIEFERNDEN PERSON:

Ich bin der Halter des Tiers: ☐ ja ☐ nein

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres bin und berechtigt bin einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistungen der TIERÄRZTLICHES ZENTRUM LAUTERSACK GMBH zu schließen.

Wenn nein:

Name, Vorname des Bevollmächtigten

Anschrift des Bevollmächtigten
(Eine vollständig ausgefüllte Vollmacht muss unterschrieben vorliegen)

Fehlt es an einer Bevollmächtigung oder stellt der Tierhalter eine Bevollmächtigung in Abrede, bestätige ich hiermit, dass ich für die entstehenden Kosten aus der Behandlung aufkomme.

TIERÄRZTLICHES ZENTRUM LAUTERSACK GMBH . DR. OLIVER LAUTERSACK

Hertzstr. 25 . 76275 Ettlingen . T 07243 77 9 77 . info@kleintierklinik-ettlingen.de . www.kleintierklinik-ettlingen.de
Handelsregisternummer HRB 754431 . Amtsgericht Mannheim . UstID DE454134631 . Steuernummer 31195/22750



**KLEINTIER
KLINIK
ETTlingen**

ANMELDEFORMULAR

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR KONTAKTAUFNAHME:

Ich stimme zu, dass mich die TIERÄRZTLICHES ZENTRUM LAUTERSACK GMBH (Hertzstraße 25, 76275 Ettlingen) im Zusammenhang mit der Betreuung und Behandlung meines Tieres unter den oben genannten Daten kontaktiert.

☐ Ich stimme zu ☐ Ich stimme nicht zu

Datum, Unterschrift

Wir nutzen ihre Daten keinesfalls für Werbung. Ihre Kontaktdaten nutzen wir z. B. für Anrufe während und nach Operationen, sowie bei stationären Aufnahmen usw. Ohne Einverständnis dürfen und werden wir Sie nicht kontaktieren.

KOSTEN:

Ich zahle:

☐ bar

☐ per EC

☐ per Rechnung

☐ per Kreditkarte

(über BFS health finance GmbH)

Ich werde die Kosten für Leistungen und Medikamente unverzüglich und vollständig begleichen. Mit meiner Unterschrift bestätige ich mein Einverständnis zur Untersuchung des oben angegebenen Tiers und die Richtigkeit meiner Angaben.

Ettlingen, den _____

TERMINABSAGE:

Sehr geehrte Patientbesitzer/Innen,

bitte haben Sie dafür Verständnis, dass die mit Ihnen vereinbarten Behandlungstermine bei unseren Spezialisten reine Bestelltermine sind. Dies bedeutet, dass wir uns nur für die Behandlung Ihres Tieres diese bestimmte Zeitspanne freihalten. Wir bitten Sie aufgrund dessen diese Termine unbedingt einzuhalten, da kurzfristig abgesagte Termine in der Regel nicht neu vergeben werden können. Sollte es Ihnen einmal nicht möglich sein, einen vereinbarten Termin wahrzunehmen, ist es erforderlich, dass Sie uns die Verhinderung mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin schriftlich per E-Mail an info@kleintierklinik-ettlingen.de mitteilen, damit wir den Termin an einen anderen Patienten vergeben können. Gerne sind wir dann bereit, mit Ihnen einen neuen Termin zu vereinbaren. Versäumen Sie Ihren vereinbarten Termin, ohne diesen spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt zu haben, so stellen wir Ihnen den Termin in Höhe von 25% der Behandlungskosten, die zu dem betreffenden Termin mit Sicherheit und vollständig angefallen wären, in Rechnung. Sollte der jeweilige Spezialist durch den versäumten Termin Aufwendungen erspart haben oder einen anderweitigen Termin wahrnehmen können, so erfolgt eine entsprechende Anrechnung der ersparten Aufwendungen bzw. des anderweitig gewonnen Honorars. Wenn Sie unverschuldet daran gehindert sind, den Termin rechtzeitig (24 Stunden vor dem vereinbarten Termin) abzusagen, wird Ihnen das Ausfallhonorar nicht in Rechnung gestellt.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit dieser Vorgehensweise einverstanden

Aufnehmende Person der Klinik

Unterschrift des Tierhalters/Bevollmächtigten

TIERÄRZTLICHES ZENTRUM LAUTERSACK GMBH . DR. OLIVER LAUTERSACK

Hertzstr. 25 . 76275 Ettlingen . T 07243 77 9 77 . info@kleintierklinik-ettlingen.de . www.kleintierklinik-ettlingen.de

Handelsregisternummer HRB 754431 . Amtsgericht Mannheim . UstID DE454134631 . Steuernummer 31195/22750