

Herzlich Willkommen

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Patientenhalter (in)

Nachname _____ Telefon _____

Vorname _____ Mobil _____

Straße _____ PLZ _____

Ort _____ Email _____

Patient (in)

Name _____ Rasse _____

Tierart _____ Farbe _____

Chip-Nr. _____

Geschlecht weiblich männlich kastriert

Geburtsdatum _____ (Tag) _____ (Monat) _____ (Jahr) _____ (Alter)

Wann war die letzte Impfung? _____

Medikamente, die Ihr Tier dauerhaft bekommt

Ich bevorzuge EC-Kartenzahlung Barzahlung Kreditkartenzahlung

Ist Ihr Tier krankenversichert? Nein Ja

Versicherung und Versichertennummer _____

Wurden Sie überwiesen? Nein Ja, von: _____

Wie bevorzugen Sie von uns informiert zu werden? Email WhatsApp Brief

Möchten Sie die kostenlose LESIA Card (10 % Rabatt auf Futtermittel, etc.) ? Ja Nein



Folgen Sie uns auch auf [Facebook.com/Tierklinik.Lesia](https://www.facebook.com/Tierklinik.Lesia)

Alle Behandlungen, klinische Leistungen und Medikamentenabgaben werden nach der Gebührenordnung für Tierärzte berechnet. Mir ist bekannt, dass bei Abholung des Patienten die Kosten zu begleichen sind. Im Notdienst können entsprechend der Gebührenordnung höhere Kosten entstehen. Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben und gebe den Auftrag zur Behandlung meines Tieres. Ich stimme zu, dass obige Daten gegebenenfalls an Verrechnungsstellen sowie Fremdlabore weitergereicht werden.

Düsseldorf, _____

Unterschrift _____