



Behandlungsvertrag

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und deshalb berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung erforderlicher Behandlungen und Operationen zu schließen, ich versichere ferner, dass ich willens und in der Lage bin, die dadurch entstehenden Kosten zu tragen. Ich erkläre in diesem Zusammenhang, dass ich mich zum Zeitpunkt dieser Erklärung in keinem gerichtlichen Schuldenverfahren befinde, und dass das Schuldnerverzeichnis des für mich zuständigen Amtsgerichts keine Eintragungen über meine Person aufweist.

Sofern ich nicht Halter des Tieres bin, versichere ich, im ausdrücklichen Auftrag des Tierhalters zu handeln. 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 aufkommen werde.

Gemäß der GOT (Gebührenordnung für Tierärzte) sind wir dazu verpflichtet jedes Tier, welches das erste Mal in unserer Praxis vorstellig wird, allgemein zu untersuchen und dies entsprechend abzurechnen.

Auch wenn Ihr Tier für eine Augenuntersuchung vorstellig wird, führen wir vorab eine allgemeine Untersuchung durch, da auch systemische Erkrankungen Ursache für eine Augenveränderung sein können und wir Ihr Tier ohne diese Untersuchung nicht behandeln dürfen.

Soweit es zur Diagnosefindung erforderlich ist, ermächtige ich den Inhaber und die Mitarbeiter der Praxis, Leistungen Dritter (Labore, Spezialuntersuchungsanstalten u. ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.

Ich zahle die entstehenden Kosten sofort in bar oder per EC-Karte. Mir ist bekannt, dass der Praxis ein Zurückbehaltungsrecht an dem behandelten Tier zusteht, wenn ich nicht bereit oder dazu in der Lage bin, die durch die Behandlung des Tieres entstandenen Kosten in bar oder per EC-Karte zu zahlen.

Wir möchten Sie darum bitten Ihren Termin mindestens 24h vorher, einen OP-Termin 48h vorher telefonisch abzusagen, wenn Sie ihn nicht wahrnehmen können. Wird ein Termin nicht abgesagt, erlauben wir uns, eine entsprechende Ausfallgebühr zu erheben.

Ort/Datum _____

Unterschrift _____



Anmeldeformular

Tierbesitzer		Patient	
Nachname		Tiername	
Vorname		Tierart	
Str.+ Hausnr.		Rasse	
PLZ		Geschlecht	
Stadt		Kastriert? Wann?	
Telefon		Farbe	
Handy		Geburtsdatum	
Fax		Mikrochipnummer / Tätowierung	
E-Mail *		Herkunft	

* Durch die Angabe meiner E-Mail-Adresse stimme ich zu Erinnerungsschreiben (Impferinnerung) und Quittungen der Kleintierpraxis Hochdahl per E-Mail zu erhalten.

Haustierarzt, Überweiser	
Medikamentenunverträglichkeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, gegen welche:
Bekommt Ihr Tier regelmäßig Medikamente? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche:
Ist Ihr Tier krankenversichert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nur OP-Versicherung <input type="checkbox"/> Vollschutz

Grund des Besuches: _____