



Tierbesitzer

Vorname: _____ Zuname: _____

Straße: _____ Plz.: _____ Wohnort: _____

Telefon (mobil): _____ Telefon (privat): _____

E-Mail: _____

Weiterer Notfalls-Kontakt: _____

Patient

Tiername: _____

Tierart: _____ Rasse: _____

Geburtsdatum: _____ Gewicht: _____ Farbe: _____

Geschlecht: m w Kastriert: Ja Nein Regelmäßig geimpft: Ja Nein

Chipnummer: _____

Tierarzt

Haustierarzt (HTA): _____

Überweisender Tierarzt: _____

Möchten Sie, dass wir Befunde an Ihren HTA weiterleiten? Ja Nein

- Ich begleiche anfallende Rechnungen (bar/EC/Kreditkarte) direkt im Anschluss an die Behandlung.
- Ich bin damit einverstanden, dass Fotos, die im Zuge des Klinikaufenthaltes, von mir und meinem Tier gemacht wurden, für diverse Klinik- und Werbezwecke verwendet werden dürfen. Die Aufnahmen werden nicht an Dritte weitergegeben.
- Ich habe die Datenschutzrichtlinien im Anschluss gelesen und erkläre mich damit einverstanden.

Hiermit beauftrage ich die Tierklinik Tulln alle notwendigen Untersuchungen und Behandlungen für das oben genannte Tier durchzuführen.

Datum: _____ Unterschrift: _____