



Tierarztpraxis
für Pferde
Stefanie Küker
Hinterm Berg 23a
27386 Kirchwalsede
0172/ 5469133
Info@Tierarztpraxis-Kirchwalsede.de
www.Tierarztpraxis-Kirchwalsede.de

Patientenaufnahmeformular / Vorbericht

Für unsere Patientenkartei erbitten wir folgende Angaben:

Name des Auftraggebers: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
E-Mail: _____ Rechnung per E-Mail: ☐ ja ☐ nein
Telefon: _____
Geb.Datum: _____

Patient:

Rufname des Tieres: _____ Geb.Datum: _____
Tierart: Pferd
Rasse: _____ Geschlecht: ☐ m ☐ w ☐ kastr.
Farbe/Besonderheiten: _____
Stall/ Standort: _____
Lebensnummer: _____
Besitzdauer: _____
Derzeitige Nutzung: ☐ Wettkampf ☐ Training ☐ Freizeit ☐ Stallruhe ☐ Weidegang ☐ Zucht
Medikation in den letzten 6 Wochen: ☐ nein ☐ ja _____
Frühere Krankheiten/ Lahmheiten: ☐ nein ☐ ja _____
Frühere Operationen: ☐ nein ☐ ja _____
Verhaltensauffälligkeiten/ Eigenarten: ☐ nein ☐ ja _____
(Koppen, Weben, Kopfschütteln, Traumata, scheu...)
Allergien/ Sommerekzem: ☐ nein ☐ ja _____
Haltung: ☐ Stall ☐ Weide ☐ Offenstall ☐ Stall und Weide
Fütterung: ☐ Heu trocken ☐ Heu nass ☐ Silage ☐ Hafer
☐ Pellets ☐ Müsli
☐ sonst. _____
Einstreu: ☐ Stroh ☐ Späne ☐ Torf
☐ sonst. _____

Tierkrankenversicherung: ☐ nein ☐ ja, bei Gesellschaft: _____

Wichtig: Pferd ist im Equidenpass zur Schlachtung bestimmt: ☐ Ja ☐ Nein



Hinterm Berg 23a
27386 Kirchwalsede
0172/ 5469133

Info@Tierarztpraxis-Kirchwalsede.de
www.Tierarztpraxis-Kirchwalsede.de

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

Datum und Unterschrift