

Wir benötigen einige Angaben von Ihnen und Ihrem Pferd.
Diese Daten werden in unserer EDV gespeichert und unter-
liegen der strengen ärztlichen Schweigepflicht.

➔ BESITZER / RECHNUNGSEMPFÄNGER:IN (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen):

Nachname: _____ Vorname: _____

Straße / Hausnummer: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon-Nr. (privat): _____ Telefon-Nr. (geschäftlich): _____

Telefon-Nr. (mobil): _____ Fax-Nr.: _____

Geburtsdatum: _____ E-Mail-Adresse: _____

Pferdehaltung: privat geschäftlich Firmenname: _____

Das Pferd wurde überwiesen von Tierarzt: _____

Schriftliche Rücküberweisung von uns an Ihren Haustierarzt? nein ja an den Tierarzt: _____

➔ PATIENT / PFERD

Name: _____ Farbe: _____

Rasse: _____ Geburtsdatum: _____

Lebens-Nr.: _____ Geschlecht: Stute Wallach Hengst

Soll Ihr Pferd zur Schlachtung bestimmt sein? nein ja

Impfstatus (Datum der letzten Impfung): _____ Tetanus: _____ Influenza: _____ Herpes: _____

Ist Ihr Pferd krankenversichert? nein ja Name: _____

Haben Sie eine OP-Versicherung? nein ja Name: _____

Frühere Operationen oder Krankheiten: nein ja welche: _____

Medikationen in den letzten 6 Wochen: nein ja welche: _____

Unverträglichkeiten gegen Medikamente/Futtermittel? nein ja welche: _____

Wie steht Ihr Pferd zu Hause? Strobox Spänebox Koppel / Offenstall

➔ Bitte füllen Sie auch die Rückseite aus.

Zahlungsmöglichkeiten

→ Sie können aus folgenden Zahlungsmöglichkeiten wählen (Bitte ankreuzen):

Barzahlung **EC-Karte** **Rechnung** (Bei Rechnungszahlung wird eine Bonitätsabfrage durchgeführt)

Aufnahme und allgemeine Behandlungsbedingungen

Sie haben heute Ihr Pferd für eine Untersuchung / Behandlung bzw. für eine Operation in unsere Praxis eingestellt. Wir danken Ihnen für das entgegengebrachte Vertrauen. Selbstverständlich werden wir alles daran setzen, diesem gerecht zu werden. Jedoch gibt es in seltenen Fällen Komplikationen, über die wir Sie hiermit aufklären möchten. In Einzelfällen können Wundheilungsstörungen, infektiöse, allergische oder sonstige Folgeerkrankungen sowie Venenentzündungen und Thrombosen auftreten. Da jede intensive Behandlung und insbesondere Operationen sowie Transport und Umstellung des Pferdes eine Stress-Situation für den Organismus des Tieres darstellt, was eine Schwächung des Immunsystems zur Folge hat, können während des Klinikaufenthaltes Erkrankungen jeder Art auftreten.

Die aufgelisteten Komplikationen sind auf ganz wenige Einzelfälle beschränkt. Wir halten es dennoch für unsere Pflicht, Sie über die Problematik und Risiken aufzuklären. Sollte bei Ihrem Pferd eine Operation durchgeführt werden verweisen wir auf das Formular „Informationsblatt Operation“, welches Sie bitte vor der Operation unterschreiben. Ohne Unterschrift kann eine Operation nicht durchgeführt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass das Pferd im Falle eines Therapienotstandes mit Arzneimitteln behandelt wird, die nicht für die Anwendung bei Pferden oder anderen lebensmittelliefernden Tieren zugelassen sind. Mir ist bekannt, dass eine Verwendung des o. g. Pferdes zur Gewinnung von Lebensmitteln ein Verstoß gegen das Lebensmittelgesetz darstellt und als Straftat geahndet werden kann. In diesem Falle versichere ich, dass das in das Tieraugenzentrum eingewiesene Pferd nicht der Lebensmittelgewinnung zugeführt wird. Diese Erklärung gilt unbefristet.

Wir weisen daraufhin, dass die Praxis nicht für Schäden am Tier sowie bei Verlust des Pferdes haftet, soweit die Praxis nicht gegen diese Schäden versichert ist oder diese Schäden nicht auf Vorsatz oder grob fahrlässigem Verhalten der Tierärzte oder ihrer Mitarbeiter beruhen. Der Behandlungsvertrag wird für die heutige sowie für alle weiteren Untersuchungen und Behandlungen in der oben genannten Praxis geschlossen. Der anonymisierten Verarbeitung von Daten und Material meines Pferdes im Rahmen von wissenschaftlichen Studien stimme ich zu. Ein Widerruf des Behandlungsvertrages muss schriftlich an die oben genannte Praxis erfolgen.

Bitte haben Sie auch dafür Verständnis, dass wir für KfZ-Schäden, Schäden an Anhängern, Diebstahl von Anhängern, Verlust von Halftern, Decken etc. keine Haftung übernehmen können.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich diese Information gelesen und zur Kenntnis genommen habe. Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und akzeptiere die Zahlungs- und Behandlungsbedingungen.

Zur Sicherstellung der korrekten Identifikation meines Pferdes stimme ich zu, dass das Pferd und seine Ausrüstung mit Besitzer- und Pferdenamen gekennzeichnet sind.

→ Ich genehmige dem Tieraugenzentrum am Neckar mich per E-Mail zu kontaktieren.

→ Ort / Datum: _____

→ Unterschrift _____

Mitarbeiter-Kürzel (Wird von der Praxis ausgefüllt): _____

Tieraugenzentrum am Neckar GmbH

Neckarufer 6a · 69221 Dossenheim

Telefon 06221 6566755 · Telefax 06221 6566756

info@tieraugenzentrum-neckar.de · tieraugenzentrum-neckar.de