



**Kleintierpraxis
Dr. Guido Wygand
Am Kreuzeck 5-7
53757 St. Augustin**

Patientenaufnahmeschein/ Anmeldeformular

Für unsere Patientenkartei erbitten wir folgende Angaben:
(bitte in Druckschrift ausfüllen!)

Name des Auftraggebers: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

eMail: _____ Geb.Datum: _____

Patient:

Rufname des Tieres: _____ Geb.Datum: _____

Tierart: Hund Katze Sonstiges: _____

Rasse: _____

Gewicht: _____ Geschlecht: m w kastriert

Unverträglichkeiten (soweit bekannt): _____

Tierkrankenversicherung: nein ja, bei Gesellschaft: _____

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und berechtigt bin, einen Dienstleistungsvertrag mit der Kleintierpraxis Dr. Wygand zu schließen:

Alle Behandlungen, klinische Leistungen, OPs und Medikamentenabgaben erfolgen grundsätzlich nicht auf offene Rechnung und werden am Tag des Erbringens mit Ihnen abgerechnet (Bar/EC).

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben und erkennen unsere

Zahlungsbedingungen an.

Datum: _____ Unterschrift: _____