



**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 Dienstleitungsvertrag 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: \_\_\_\_\_