

www.tier.doctor

Dr. med. vet. Yasmin Diepenbruck

Besitzer: Name, Vorname:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Wohnort:	
Telefon privat:	Telefon mobil:
Email:	

Patient: Name:	Rasse:
Tierart (z.B. Hund, Katze ...)	Farbe:
Geburtsdatum / Alter:	Geschlecht: ☐ weiblich ☐ kastriert ☐ männlich ☐ kastriert
Tätowierung: ☐ ja ☐ nein	Chip-Nr.: ☐ ja ☐ nein

Ihr überweisender Tierarzt: _____ (bitte Unterlagen mitbringen)

OP Versicherung: _____

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Behandlungen und Medikamente grundsätzlich im Anschluss des Besuches bar oder mit EC-Karte zu zahlen sind.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Personalien und gebe den Auftrag zur Untersuchung / Behandlung meiner Tiere. Zudem erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten ausschließlich als Patientenakte gespeichert werden und, wenn erforderlich, mein Name und die Daten meiner Tiere an die externen Labore „Idexx“ bzw. „Laboklin“ weitergegeben werden. Weiterhin erteile ich die Erlaubnis meinem o.g. überweisenden Tierarzt die Untersuchungsergebnisse der von ihm an die Tierarztpraxis Diepenbruck überwiesenen Tiere zu übermitteln. Möchten Sie an andere mitbehandelnde Tierärzte/Kliniken/Physiotherapeuten usw. Befunde, Untersuchungsergebnisse, Röntgenbilder etc. übermittelt haben, benötigen wir dazu Ihre Einwilligung.

Datum: _____

Unterschrift: _____