

## Kunden- und Tierdaten

*bitte vor der Visite ausfüllen*

Deutsch



Die Daten dienen der Erstellung der Patientenkartei und der Regelung des tierärztlichen Dienstverhältnisses. Die Datenschutzbestimmungen werden beachtet.

Familienname u. Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: Strasse, Postleitzahl, Gemeinde: \_\_\_\_\_ Staat: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Besitzer oder  Halter des Tieres: Tier-Name: \_\_\_\_\_ Tiergattung: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Rasse: \_\_\_\_\_ Fell, Farbe: \_\_\_\_\_

Mikrochip: \_\_\_\_\_ ANICUS/ANIS-Nr: \_\_\_\_\_

Hündin  Rüde  kastriert  unkastriert  Versicherung\* \_\_\_\_\_

\*NB: Alle Ansprüche müssen direkt und ausschliesslich zwischen der Versicherungsgesellschaft und dem Versicherten des betreffenden Tieres geklärt werden. Der Tierarzt hat diesbezüglich keine Verantwortung.

Sind Allergien/Überempfindlichkeiten gegen Medikamente, Impfstoffe, Lebensmittel oder andere Stoffe und Substanzen bekannt?  ja  nein - Bitte angeben, welche: \_\_\_\_\_

Wird das Tier derzeit mit Medikamenten, Nahrungsergänzungsmitteln usw. behandelt?  ja  nein

Geben Sie an, welche: \_\_\_\_\_

Wegen welcher Krankheit(en) oder aus welchen Gründen: \_\_\_\_\_

Ich genehmige -  Ich genehmige nicht die Veröffentlichung von Fotos des Tieres in sozialen Medien und anderen Medien.

N.B. Akzeptiert werden nur Bargeld und/oder Kredit-/Debitkarten; Zahlung sofort nach der Dienstleistung.

Ort, Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

### INFORMIERTE ZUSTIMMUNG:

**Ich, der/die Unterzeichnende Name, Vorname** (mit den oben genannten persönlichen Daten):

**ERMÄCHTIGT** Med. Vet. \_\_\_\_\_, an dem oben genannten Tier die Untersuchung und die mir vorgeschlagenen diagnostischen, therapeutischen, impfenden, sedierenden/anästhesierenden und/oder chirurgischen Massnahmen an dem oben genannten Tier durchzuführen:  Impfung  Therapie  Antiparasitenbehandlung  Diagnostik/Chirurgie

Anderes \_\_\_\_\_

In dringenden Fällen und bei vorübergehender Abwesenheit **ERKLÄRE ICH** mich mit tierärztlichen Massnahmen, Therapien, diagnostischen Mitteln und chirurgischen Eingriffen einverstanden, welche die körperliche und geistige Gesundheit des Tieres erhalten und/oder schützen.

**ICH ERKLÄRE**, dass ich korrekte Angaben zum Gesundheitszustand des oben genannten Tieres gemacht habe.

**ICH ERKLÄRE**, dass ich vollständig, klar und verständlich über die Art der diagnostischen, therapeutischen, Impf-, Sedierungs-/Narkose-, chirurgischen und/oder sonstigen Verfahren informiert worden bin, denen das oben genannte Tier unterzogen wird, und dass ich mir bewusst bin, dass jede diagnostische, therapeutische, sedierende/narkotisierende, chirurgische oder manipulative medizinische Massnahme allgemeine und spezifische Risiken, mögliche Komplikationen und/oder Nebenwirkungen, auch schwerwiegende, mit sich bringt, und dass ich diese in vollem Umfang akzeptiere.

**ICH ERKLÄRE** hiermit, dass ich über die Grenzen eines Hausbesuches informiert worden bin und dass ich die alleinige Verantwortung für die Folgen für das oben genannte Tier und die in Frage kommenden Schäden trage, wenn ich das oben genannte Tier nicht rechtzeitig in eine tierärztliche Behandlungseinrichtung bringe, falls dies angezeigt und notwendig ist.

Ort, Datum, Unterschrift: