



Behandlungsvertrag

Patientenbesitzer/-in:

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon/Fax: _____

E-Mail: _____

Haustierarzt: _____

Hund Katze Vogel Kaninchen Meerschweinchen

_____ Rasse: _____

Geburtsdatum: _____ Name: _____

Geschlecht: m w kastriert Besonderheiten: _____

Tattoo-Nr.: _____ Mikrochip-Nr.: _____

Ich habe die Datenschutzverordnung gelesen und willige in die Regelungen zur Datennutzung ein.

Ich, als Verantwortliche/r für das mitgebrachte Tier, stimme einem Behandlungsvertrag mit der Tierarztpraxis Dr. Weisert zu und versichere, die entstehenden Behandlungskosten direkt bar oder mit EC-Karte zu begleichen.

Ort, Datum

Unterschrift