



## 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