

Anmeldebogen

zur chiropraktischen Behandlung durch Irene Terhaag

Name:

Adresse:

Tel. Nr.:

Email-Adresse (freiwillig):

Name des Hundes:

Rasse:

Geschlecht (kastriert?):

Nimmt Ihr Hund dauerhaft
Medikamente?

Hatte Ihr Hund im Bewegungsapparat
schon Brüche oder Operationen?

Hat Ihr Hund schon mal
geschnappt/gebissen?

Darf ich Ihrem Haustierarzt auf
Nachfrage Informationen zu meiner
Behandlung Ihres Hundes geben?

Wenn ja: wer ist Ihr Haustierarzt?

(Einwilligung jederzeit zu widerrufen unter
info@chiro4dogs.de)

Die aktuelle Datenschutzbestimmung finden Sie unter www.chiro4dogs.de

Ich willige ein, dass meine Daten in Form von Karteikarten
abgespeichert werden.

Hiermit versichere ich die Korrektheit meiner Daten. Ich versichere,
dass ich Eigentümer des Hundes bin, bzw. auf den ausdrücklichen
Auftrag des Eigentümers handle.

Die anfallenden Behandlungskosten sind von mir sofort
nach Behandlung in bar oder per EC zu bezahlen

(Ort, Datum)

(Unterschrift)