

## Aufnahmeformular/Behandlungsvertrag

---

### Daten des Auftraggebers:

Vor- und Nachname\*:

Straße , Hausnummer\*:

PLZ, Wohnort\*:

Telefonnummer:

Email-Adresse:

Geburtsdatum\*:

\*Pflicht zur Bonitätsprüfung bei Zahlung auf Rechnung

### Daten des Patienten:

Name:

Pferd

Hund

Katze

Sonstige:

Rasse:

Geschlecht:

Geburtsdatum:

Farbe:

Chip-Nr.:

EU – Heimtierausweis – Nr.:

OP – Versicherung:

nein

ja, bei:

Krankenversicherung:

nein

ja, bei:

**Nur für Equiden:**

Lebensnummer:

Im Equidenpass eingetragen als

Schlachtpferd                       Nicht – Schlachtpferd  
(Equidenpass ist bei jeder Untersuchung/Behandlung vorzulegen)

Standort des Pferdes:

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und damit berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung erforderlicher Behandlungen und Operationen zu schließen. Ich versichere ferner, dass ich willens und in der Lage bin, die dadurch entstehenden Kosten zu tragen. Ich erkläre in diesem Zusammenhang, dass ich mich zum Zeitpunkt dieser Erklärung in keinem gerichtlichen Schuldverfahren befinde, und dass das Schuldnerverzeichnis des für mich zuständigen Amtsgerichtes keine Eintragungen über meine Person aufweist.

Sofern ich nicht Halter des Tieres bin, versichere ich, im ausdrücklichen Auftrag des Tierhalters zu handeln. Fehlt es an einer Bevollmächtigung, oder stellt der Tierhalter eine Bevollmächtigung in Abrede, bestätige ich hiermit, dass ich für die entstehenden Kosten aus der Behandlung aufkommen werde.

Soweit es zur Diagnosefindung erforderlich ist, ermächtige ich den Inhaber und die Mitarbeiter der Praxis Leistungen Dritter (Labore, Spezialuntersuchungsanstalten u.ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.

**Ich zahle die entstandenen Kosten**

in bar                       per EC-Karte                       auf Rechnung\*

\*Zahlungen auf Rechnung werden über die Verrechnungsstelle **BFS health finance GmbH** abgerechnet. Dazu wird eine Bonitätsabfrage durchgeführt. Bitte stimmen Sie der Datenübermittlung an die **BFS health finance GmbH** zu diesen Zwecken auf dem entsprechenden Formular zu, andernfalls ist eine Zahlung per Rechnung nicht möglich.

---

Ort, Datum, Unterschrift