



**TIERARZTPRAXIS**  
L A R S S C H U L T E

Joachim-Mähl-Str. 7 • 23858 Reinfeld  
Tel.: 04533 - 61 00 84 • Mobil: 0151 - 50 66 55 55

## Anmeldung/Vertrag über das Erbringen tierärztlicher Leistungen

### Tierbesitzer:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: (bitte unbedingt angeben) \_\_\_\_\_

Telefonnummer(n) (privat, mobil): \_\_\_\_\_

### Tier

Name: \_\_\_\_\_

Art/Rasse: \_\_\_\_\_

Farbe: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Stall: \_\_\_\_\_

**Bekommt Ihr Tier Medikamente?** Wenn ja, welche (Dauer, Art, Dosierung)

### Bekannte Überempfindlichkeiten/Allergien gegen Arzneimittel :

Unsere Abrechnung setzt sich wie folgt zusammen:

Sie bezahlen anteilig Fahrtkosten (Fahrtanteil) nach Kilometern.

Unsere erbrachten Leistungen rechnen wir nach der Gebührenordnung für Tierärzte (GOT) ab.

Sie zahlen entweder bar oder per Rechnung über unsere Verrechnungsstelle (bfs).

Mit der Angabe Ihres Geburtsdatum und ihrer Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, dass wir zu unserem Schutz eine Bonitätsprüfung Ihrerseits durchführen.

Mit Ausfüllen unseres Anmeldeformulars und Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit dem Erbringen unserer Leistung sowie der Abrechnung einverstanden.

Diese Anmeldung darf nur von volljährigen Personen ausgefüllt werden (Vertragspartner, Tierbesitzer).

Ich versichere, dass ich Besitzer des Tieres und deshalb 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 Schuldenverfahren befinde, und dass das Schuldnerverzeichnis des für mich zuständigen Amtsgerichts keine Eintragungen über meine Person aufweist.

Sofern ich nicht Besitzer 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 (Labors, Spezialuntersuchungen) in Anspruch zu nehmen.

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_