



PFERDEKLINIK
NINDORF

Dr. Anna Rötting, PhD
Diplomate ACVS, ECVS
FTA Pferde (Chirurgie, Orthopädie)

Buursod 3
21271 Nindorf (Hanstedt)
Tel. 04184-8504400
www.pferdeklunik-nindorf.de
info@pferdeklunik-nindorf.de

Lieber Patientenbesitzer,

herzlich willkommen in der Pferdeklinik Nindorf. Für einen reibungslosen Ablauf benötigen wir von Ihnen die unten aufgeführten Angaben. Diese Daten werden in unserer EDV gespeichert.

Eigentümer /Rechnungsempfänger (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen):

Nachname, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon privat: _____ geschäftlich: _____ Handy: _____

E-Mail: _____ Fax: _____ Geburtsdatum: _____

Sind Sie Mitglied in der Tierseuchenkasse? ja nein

Pferdehaltung: gewerblich privat

Das Pferd wurde überwiesen von Tierarzt: _____

Rücküberweisung erwünscht? ja, an den Tierarzt: _____
 nein

Patient

Name: _____ Rasse: _____ Geburtsdatum: _____

Geschlecht: Stute Wallach Hengst

Ident.-Nr./Lebens-Nr: _____

Farbe: _____

Das aufgeführte Pferd ist laut Pferdepass zur Schlachtung bestimmt: ja nein

Impfungen:

Tetanus, Datum: ___/___ Influenza, Datum: ___/___ Herpes, Datum: ___/___

Haftpflichtversicherung: _____

Krankenversicherung: ja, bei _____
 nein

OP-Versicherung: ja, bei _____
 nein

Medikationen in den letzten 6 Wochen: nein ja: _____

Frühere Operationen oder Krankheiten: nein ja: _____

Wie steht Ihr Pferd zu Hause? Spänebox Strohbox Koppel/ Offenstall

Fütterungs-/Medikamentenunverträglichkeiten _____

Unarten oder Besonderheiten, die zu beachten sind? _____

Zahlungsmöglichkeiten:

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass alle Behandlungen, klinische Leistungen und Medikamentenabgaben **grundsätzlich nicht** auf offene Rechnung erfolgen können! Bitte halten Sie bei Abholung Ihres Pferdes ausreichend Zahlungsmittel bereit.

Sofern eine sofortige Zahlung nicht möglich ist kann nur bei einer positiven Bonitätsabfrage auch eine Rechnungsstellung erfolgen. In diesem Fall erteilen Sie hiermit Ihre Einwilligung, dass wir Ihre Daten an die BFS health finance GmbH übermitteln. Die Daten dienen nur internen Zwecken. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, dass wir eine Bonitätsabfrage bei der infoscore Consumer Data GmbH für uns und die BFS health finance GmbH durchführen.

Sie können unter folgenden Zahlungsmöglichkeiten wählen (bitte ankreuzen):

Barzahlung EC-Karte

Kreditkarte (bitte Kreditkarten-Daten eintragen)

Visa Card

Master Card/ Euro Card

American Express

Karteninhaber _____

Kartenummer _____

gültig bis _____

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich diese Informationen und die unten angekreuzten Unterlagen gelesen und zur Kenntnis genommen habe. Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und akzeptiere die Zahlungs- und Behandlungsbedingungen.

Aufnahme und allgemeine Behandlungsbedingungen

Allgemeine Vertragsbedingungen

Aufklärungsbogen für Behandlungen unter Narkose

Ort, Datum

Unterschrift