



**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: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ geschäftlich: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Das Pferd wurde überwiesen von Tierarzt: \_\_\_\_\_

**Patient**

Name: \_\_\_\_\_ Rasse: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht:     Stute         Wallach         Hengst

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

Ident.-Nr./Lebens-Nr: \_\_\_\_\_

Transponder-/Mikroship-Nr: \_\_\_\_\_

**Vorstellungsgrund/ Behandlungsauftrag:**

\_\_\_\_\_

Das aufgeführte Pferd ist **laut Eintrag im Pferdepass:**     Schlachtpferd         Nicht-Schlachtpferd

Impfungen:

Tetanus, Datum: \_\_\_/\_\_\_     Influenza, Datum: \_\_\_/\_\_\_     Herpes, Datum: \_\_\_/\_\_\_

Medikationen in den letzten 6 Wochen:         nein         ja: \_\_\_\_\_

Frühere Operationen oder Krankheiten:         nein         ja: \_\_\_\_\_

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

Fütterung Kraftfutter:     nein         ja: \_\_\_\_\_

Fütterungs-/Medikamentenunverträglichkeiten: \_\_\_\_\_

Unarten oder Besonderheiten, die zu beachten sind: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: O ja, bei \_\_\_\_\_  
O nein

OP-Versicherung: O nein  
O ja, bei \_\_\_\_\_

Versicherungsschein-Nummer: \_\_\_\_\_

Wie viele Tage nach der OP versichert: \_\_\_\_\_

**Zahlungsmöglichkeiten:**

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass alle Behandlungen, klinische Leistungen und Medikamentenabgaben grundsätzlich **bei Abholung Ihres Pferdes** bezahlt werden müssen.

***In Ausnahmefällen kann nur bei natürlichen Personen nach einer positiven Bonitätsabfrage 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):

O Zahlung bei Abholung (Barzahlung, EC-Karte, Kreditkarte)

*Bitte prüfen Sie vor Abholung Ihres Pferdes ein eventuelles Tageslimit Ihrer Bank.*

O Antrag auf Zahlung per Rechnung (nur natürliche Personen)

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.

O Aufnahme- und allgemeine Behandlungsbedingungen sowie allgemeine Vertragsbedingungen

O Aufklärungsbogen für Behandlungen unter Narkose

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift

Interner Vermerk:

Pferd eingestallt: Datum, Kürzel:	
Pferd entlassen: Datum, Kürzel:	
Medikamente mitgegeben	
Equidenpass mitgegeben	
Entlassungsanweisung mitgegeben	
Abholung durch:	

2

Bezahlung: bar <input type="checkbox"/> , EC/Kreditkarte <input type="checkbox"/> , Antrag BFS <input type="checkbox"/>	
BFS-Abfrage positiv, Datum, Kürzel	
Rücküberweisung an HTA, Datum	
Rechnung raus per	
Datum, Kürzel RG	

Unterschrift Abholung: \_\_\_\_\_