



Dr. med. vet. Nina Eberle  
Dr. Ruth Höinghaus Ph.D.  
Dr. med. vet. Verena von Babo

**VetSpezial**  
Zentrum für Kleintiermedizin

■ Onkologie  
■ Diagnostik  
■ Chirurgie  
■ Innere Medizin

Herzlich Willkommen in der Tierarztpraxis „VetSpezial“

Bitte füllen Sie das folgende Anmeldeformular aus:

Angaben zum Besitzer / Auftraggeber:

Vorname:	Nachname:
Straße:	Haus Nr.:
PLZ:	Wohnort:
E-Mail:	Tel. Privat:
Tel. Mobil:	Tel. Geschäft:

Ich bin **nicht** damit einverstanden Befunde, Ergebnisse und Informationen zu meiner Katze per E-Mail zu erhalten.

Wenn Sie von Ihrem Tierarzt an uns überwiesen oder empfohlen wurden, tragen Sie ihn bitte hier ein.

Haustierarzt:
---------------

Angaben zu Ihrer Katze:

Name:	
Rasse:	
Geschlecht: <input type="radio"/> Kater <input type="radio"/> Kätzin	kastriert: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, am:
Geburtsdatum:	
Mikrochip-Nr. / Tätowierungs-Nr.:	
Farbe:	
Freigänger: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Wohnungskatze: <input type="radio"/> ja
Mehrkatzenhaushalt: <input type="radio"/> ja	Einzeltier: <input type="radio"/> ja
Tierkrankenversicherung: <input type="radio"/> ja, die	
Versicherungs-Nummer	

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner o.a. Personalien und gebe den Auftrag zur Untersuchung bzw. Behandlung und - falls erforderlich - zur Operation meines Tieres. Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistungen der Tierarztpraxis „VetSpezial“ zu schließen. Die angefallenen Behandlungsgebühren und Medikamente werde ich in **bar, mit EC- oder per Kreditkarte** in Anschluss jeder Behandlung begleichen.

Datum:	Unterschrift:
--------	---------------

Hinweis nach § 33 BDSG: Die Daten werden elektronisch gespeichert.