



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

**VetSpezial**  
Zentrum für Kleintiermedizin

■ Onkologie  
■ Diagnostik  
■ Chirurgie  
■ Innere Medizin

## Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich (Besitzer)

|          |           |
|----------|-----------|
| Vorname: | Nachname: |
| Straße:  | Haus Nr.: |
| PLZ:     | Wohnort:  |

Frau / Herrn (Bevollmächtigte Person)

|          |           |
|----------|-----------|
| Vorname: | Nachname: |
| Straße:  | Haus Nr.: |
| PLZ:     | Wohnort:  |
| Tel.:    |           |

in meinem Auftrag zu handeln und mich gegenüber **VetSpezial** - Zentrum für Kleintiermedizin zu vertreten.

Diese Vollmacht berechtigt die bevollmächtigte Person Informationen über den Zustand meines Tieres \_\_\_\_\_ zu erhalten und Entscheidungen zu diagnostischen (Laboruntersuchungen, Röntgen, Ultraschall, Endoskopie, Computertomographie ...) sowie therapeutischen (Medikamente, Operation...) Maßnahmen zu treffen.

Diese Vollmacht ist gültig bis auf schriftlichen Widerruf durch den/die Besitzer/in.  
Mündliche Nebenabreden gelten nicht.

Besteht unter den vorliegenden Umständen aus Sicht des behandelnden Tierarztes kaum Aussicht auf Heilung und/oder leidet das Tier aufgrund der vorliegenden Erkrankung an nicht kontrollierbaren Schmerzen dürfen die bevollmächtigten Personen gemeinsam mit dem Tierarzt über die Euthanasie (schmerzlose Tötung) meines Tieres entscheiden.

Ich vertraue der von mir oben genannten und beauftragten Person, dass diese in Absprache mit dem Tierarzt Entscheidungen in meinem Sinne treffen wird.

Ich stimme vorsorglich allen Entscheidungen der oben genannten Personen und des beauftragten Tierarztes zu.

Hiermit entbinde ich VetSpezial - Zentrum für Kleintiermedizin von der tierärztlichen Schweigepflicht. Ich bitte ausdrücklich, alle gewünschten Auskünfte zu Vorerkrankungen und Behandlungen meines Tieres der bevollmächtigten Person zu erteilen.

Ich versichere alle entstandenen Kosten durch die Untersuchung sowie Therapie meines Tieres zu tragen.

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

**VetSpezial**  
Zentrum für Kleintiermedizin  
Dres. von Babo-Eberle-Höinghaus GbR  
Im Kornfeld 7  
31275 Lehrte - Ahlten

**Bankverbindung**  
Volksbank Lehrte eG  
BIC: GENODEF1PAT  
IBAN: DE43 2519 3331 8006 8995 00  
**UST-IdNr.**  
DE303776520

**Kontakt**  
www.VetSpezial.de  
Mail@VetSpezial.de  
Tel: 05132 94 64 240  
**Kontaktzeiten**  
Mo - Fr 09:00 - 13:00 / 15:00 - 18:00 Uhr