



Aufnahmeformular und Aufnahmebedingungen - **Klinik**

Ich bin	Eigentümer/Rechnungsempfänger des Pferdes	oder	Bevollmächtigter Vertreter
Vor- und Nachname			
Geburtsdatum			
Straße, Nr.			
PLZ, Ort			
Tel. (mobil)			
Tel. (weitere Nummer)			
E-Mail			

Ich versichere, dass ich Eigentümer des Tieres und berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der tierärztlichen Dienstleistungen zu schließen. Falls ich nicht Eigentümer des Tieres bin, versichere ich, als bevollmächtigter Vertreter im ausdrücklichen Auftrag des Eigentümers zu handeln.

Pferd	☐ Neuvorstellung	☐ Wiedervorstellung
Name:	_____	Gewicht: _____
Lebensnummer:	_____	Chipnummer: _____
Rasse:	_____	Geburtsdatum: _____
Geschlecht:	_____	Farbe: _____
Schlachtpferd	☐ Ja	☐ Nein

Bekannte Vorerkrankungen / Medikamentenunverträglichkeiten:

Einweisender Tierarzt: _____

Versicherung: ☐ Ja ☐ Nein

wenn Ja: ☐ Haftpflichtversicherung bei der: _____

☐ Krankenversicherung bei der: _____

☐ OP-Versicherung bei der: _____



Behandlungsauftrag: ☐ Ja **(bitte ankreuzen)** Vorstellungsgrund:

Sonstige Angaben oder Vereinbarungen:

Ich erkläre, dass ich die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht habe.

Angaben des Klinikpersonals über die voraussichtlichen Kosten für Behandlung, Untersuchung oder chirurgische Eingriffe sind vor Abschluss sämtlicher tierärztlicher Maßnahmen nur eine ungefähre Schätzung. Denn je nach Verlauf der Behandlung können die Kosten von den durchschnittlich zu erwartenden Kosten mitunter erheblich abweichen.

Besuche des stationär aufgenommenen Pferdes sind täglich in der Zeit von 16 bis 18 Uhr möglich.

Auskünfte zum Pferd erteilen die Tierärzte bei Bedarf unverzüglich; ansonsten täglich nach Durchführung der Nachuntersuchung.

Der Auftraggeber macht von folgender Zahlungsmöglichkeit Gebrauch:

☐ Barzahlung ☐ EC-Karte ☐ Rechnung ☐ Kreditkarte

Sofern Sie auf Rechnung bezahlen möchten, erteilen Sie hiermit Ihre Einwilligung, dass wir Ihre Daten an die BFS health finance GmbH, D-44369 Dortmund, übermitteln, die die Abrechnung für uns vornimmt. Sie erklären sich ferner damit einverstanden, dass wir eine Bonitätsabfrage durch die BFS durchführen. In Abhängigkeit von dem Ergebnis der Bonitätsabfrage kann es möglich sein, dass eine Bezahlung auf Rechnung nicht möglich ist.



(Datum, Unterschrift des Auftraggebers)

Der Auftraggeber darf nicht mit Gegenforderungen aufrechnen. Dies gilt nicht für unstreitig oder rechtskräftig festgestellte Forderungen.

Der Auftraggeber ist verpflichtet, das Tier nach Aufforderung durch die Mitarbeiter der Pferdeklinik unverzüglich abzuholen. Eine Herausgabe des Pferdes erfolgt nur im Fall vollständiger Bezahlung der Behandlungs- und Unterbringungskosten, also vollständiger Barzahlung, Zahlungsbestätigung des EC- oder Kreditkartenunternehmens oder Erklärung der BFS GmbH, dass diese die Abrechnung der Leistungen der Pferdeklinik Wahlstedt übernimmt.

Datum _____



(Unterschrift des Auftraggebers)

(Unterschrift Tierarzt/Tierärztin)

interne Kürzel Daten eingegeben: Daten- Kontrolle:
