



**TIERÄRZTE NEUWIESEN**

Zentrum für Tiermedizin

## Neukundenformular

### Tierhalter

Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Mailadresse \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

\_\_\_\_\_

### Patient 1

Name des Tieres \_\_\_\_\_  
Tierart \_\_\_\_\_  
Geschlecht \_\_\_\_\_  
Farbe \_\_\_\_\_  
Chip Ja ☐ Nein ☐

Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Rasse \_\_\_\_\_  
Kastriert? \_\_\_\_\_  
Haarlänge \_\_\_\_\_  
Chip-Nr.: \_\_\_\_\_

### Patient 2

Name des Tieres \_\_\_\_\_  
Tierart \_\_\_\_\_  
Geschlecht \_\_\_\_\_  
Farbe \_\_\_\_\_  
Chip Ja ☐ Nein ☐

Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Rasse \_\_\_\_\_  
Kastriert? \_\_\_\_\_  
Haarlänge \_\_\_\_\_  
Chip-Nr.: \_\_\_\_\_

### Zahlungsweise

EC/Post-Karte ☐ Bar ☐ Kreditkarte ☐

### Erklärung

Ich befreie die Tierärzte Neuwiesen AG ausdrücklich oder mit schlüssigem Verhalten (konkulent) von der Einhaltung der Schweigepflicht gegenüber Dritten wie z.B. externe Labore, Versicherungen und Anfragen anderer Tierarztpraxen. Ich versichere, dass ich der Halter des Tieres bin oder im ausdrücklichen Auftrag des Tierhalters handle. Für die entstandenen Kosten komme ich am Behandlungstag mit der oben angegebenen Zahlungsweise auf.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_