



## Anmeldeformular

### 1. Daten zum Patientenbesitzer

Anrede: ☐ Frau ☐ Herr ☐ Divers Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Geburtstag: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

### 2. Daten zum Patienten

Name: \_\_\_\_\_ Tierart: \_\_\_\_\_ Rasse: \_\_\_\_\_  
Farbe: \_\_\_\_\_ Chipnummer: \_\_\_\_\_  
Geschlecht: \_\_\_\_\_ Kastriert: ☐ ja ☐ nein Geburtstag: \_\_\_\_\_

Vorerkrankungen/Dauermedikation:

---

---

---

---

### 3. Versicherungsinformationen

Versicherungsschutz: ☐ ja ☐ nein  
Gesellschaft: \_\_\_\_\_ Versicherungsart (OP/Vollschutz): \_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer, falls vorhanden: \_\_\_\_\_

### 4. Haustierarzt oder überweisender Arzt

Überwiesen: ☐ ja ☐ nein  
Praxis: \_\_\_\_\_

Tierarzt:\_\_\_\_\_

#### 5. Bezahlung

Bitte haben Sie Verständnis, dass wir keine Kreditkartenzahlung anbieten können.

Daher steht Ihnen folgendes zur Auswahl:

☐ EC

☐ Bargeld

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