

Patientenaufnahme Pferd

Persönliche Angaben des Tierhalters

Vorname, Nachname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon, Handy: _____

E-Mail: _____

Allgemeine Informationen zum Tier

Patientennummer: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: _____

Rasse: _____

Farbe: _____

Lebensnummer: _____

Zustimmung zu Bildern und Datenweitergabe:

- ☐ Zustimmung zur Verwendung von Bild- und Videomaterial zu schulischen/therapeutischen Zwecken.
- ☐ Zustimmung zur Verwendung von Bild- und Videomaterial zu Werbezwecken.
- ☐ Zustimmung zur Kontaktaufnahme mit behandelnden Tierärzten und zur Übermittlung von Befunden.
- ☐ Ich bestätige, dass ich über die möglichen anfallenden Kosten der Behandlung informiert wurde und diese zur Kenntnis genommen habe.

Datenschutzerklärung

Die vollständige Datenschutzerklärung finden Sie auf unserer Website unter „Wichtige Hinweise“.

Datum, Ort

Unterschrift