

Stammdatenblatt



Sehr geehrter Kunde,

für die Aufnahme Ihres Pferdes in unsere Patientendatei benötigen wir Ihre persönlichen Angaben sowie die Ihres Pferdes. Damit wir alle Daten in unserem EDV-System korrekt eintragen können, bitten wir Sie dieses Formblatt vollständig auszufüllen und mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen. Selbstverständlich unterliegen Ihre Daten der tierärztlicher Schweigepflicht und werden nicht an Dritte weitergegeben.

Kundendaten

	Eigentümer (Rechnungsempfänger)	Halter (Überbringer)
Name, Vorname:		
Straße, Hausnummer:		
PLZ, Wohnort:		
Land:		
Geburtsdatum:		
Telefon privat:		
Telefon dienstlich:		
Mobil:		
Email:		
Mitgliedschaft in der Tierseuchenkasse? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Mitgliedsnummer:		

Falls es sich bei dem Halter (Überbringer) nicht um den Eigentümer handelt:

Der Überbringer (autorisierter Vertreter) erklärt, aufgrund in Schriftform nachzureichender Vollmacht des Eigentümers zu handeln. Für den Fall, dass die Vollmacht für den Eigentümer nicht durch schriftliche Bestätigung belegt werden kann bzw. der Behandlungsvertrag durch den Eigentümer nicht nachträglich genehmigt wird, kommt der Behandlungsvertrag mit dem Überbringer zu Stande.

Patientendaten

Name:	
Geburtsdatum:	Geschlecht: Stute <input type="checkbox"/> Hengst <input type="checkbox"/> Wallach <input type="checkbox"/>
Rasse:	Farbe:
Reitstall / Stallanlage in der das Pferd untergebracht ist:	
Das aufgeführte Pferd wird gewerblich gehalten oder der Rechnungsempfänger ist gewerblicher Pferdehalter: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Tierhalterversicherung für das eingelieferte Pferd besteht: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Equidenpass vorhanden: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Arzneimittelanhang vorhanden: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Das aufgeführte Pferd ist laut Equidenpass zur Schlachtung bestimmt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Equidenpass- bzw. Lebensnummer:	
Chip (Transponder-Nummer):	
Krankenversicherung: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Satz:	Gesellschaft:
OP-Versicherung: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Satz:	Gesellschaft:
Verkehrswert ca.:	

Haustierarzt	Überweisender Tierarzt
Name, Vorname:	Name, Vorname:
Anschrift:	Anschrift:
Land:	Land:
Tel.:	Tel.:
Mobil:	Mobil:
Fax:	Fax:
Mail:	Mail:

Trier, den _____

Eigentümer oder Überbringer (autorisierter Vertreter)