

Kleintierpraxis Rölsdorf  
Monschauerstraße 198  
52355 Düren



Guten Tag und Willkommen!

Wir freuen uns Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Um Sie und Ihr Tier kennenzulernen, möchten wir Sie um einige Angaben bitten. Alle Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und nicht weitergegeben.

### Fragen zu Ihrer Person

Vor- und Zuname:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Wohnort:

Tel.:

E-Mail:

### Fragen zu Ihrem Tier

Tierart:

Rasse:

Farbe:

Rufname:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

kastriert: ja    nein

Gewicht:

Sind bereits Krankheiten bei Ihrem Tier bekannt?  
Wenn ja welche:

Müssen Sie ihm regelmäßig Medikamente geben?  
Wenn ja welche:

Bitte haben Sie Verständnis, dass Behandlungen, klinische Leistungen und Medikamentenabgaben grundsätzlich nicht auf Rechnung erfolgen können. Notfallbehandlungen und Operationen müssen sofort bei Abholung des Patienten bezahlt werden.

**Wie möchten Sie zahlen?    Bar                    EC-Karte**

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und akzeptiere die Zahlungsbedingungen.

---

**Unterschrift des Besitzers**