



## Herzlich Willkommen in unserer Pferdepraxis!

Wir benötigen einige Daten von Ihnen und Ihrem Pferd. Diese Daten werden in unserer EDV gespeichert und unterliegen der strengen ärztlichen Schweigepflicht. BITTE in DRUCKBUCHSTABEN leserlich ausfüllen!

### Besitzer / Rechnungsempfänger

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße und Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Festnetztelefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Patient

Name: \_\_\_\_\_ Rasse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Farbe: \_\_\_\_\_

Geschlecht:       Stute                       Wallach                       Hengst

Ident.-Nr./ Lebens-Nr. \_\_\_\_\_

Standort Pferd/Stall: \_\_\_\_\_

Das aufgeführte Pferd ist zur Schlachtung bestimmt:       ja                       nein  
(Siehe Equidenpass Seite 39) Wichtig beim Einsatz von Medikamenten -> Viele  
Medikamente sind für „Schlachtpferde“ nicht zugelassen!

Bereits bekannte Fütterung oder Medikamentenunverträglichkeiten:

\_\_\_\_\_

Bitte zutreffendes ankreuzen:

- Ich bin damit einverstanden, dass die Rechnungen per E-Mail geschickt werden.
- Ich möchte über aktuelle Termine per E-Mail informiert werden (z.B: Zeitpunkt der Wurmkuren, Fortbildungen)
- Ich möchte bei allen Impfungen eine Impferinnerung per E-Mail erhalten (Bitte beachten Sie dass wir erst für den zweiten Impftermin Erinnerungen rauschicken können!)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift