

Kleintierklinik/Juliusstr. 12/Frankfurt

Ganz herzlich Willkommen in der Kleintierklinik Dr. Eichhorn/Dr. Faulstroh/TA Wehner, bitte füllen Sie die folgenden Felder aus:

Nachname: _____

Vorname: _____

Straße und Hausnummer: _____

Ort und PLZ : _____

1. Telefonnummer: _____ (2.Telefonnummer): _____

Handynummer: _____

Haustierarzt: _____

Sonstiges: _____

Empfohlen von: _____

Name des Tieres : _____

Rasse: _____

Geschlecht: männlich weiblich kastriert: Ja Nein

Geboren am: _____

Fellfarbe: _____

Gewicht: _____

Besondere Merkmale : _____

Chip-Nr., Tätowierungsnr.: _____

Sonstiges: _____

Hiermit bestätige ich dir Richtigkeit meiner Angaben und nehme zur Kenntnis, dass ich nach der Untersuchung meines Tieres die angefallenen Behandlungsgebühren in bar oder mit EC-Karte begleichen muss.

Datum und Unterschrift: