

• Anmeldeformular •

Grund des Besuchs:

Besitzer:

Name:	Vorname:
Straße, Hausnr:	PLZ, Wohnort:
Land:	Geb.datum:
Telefon: <i>(privat)</i>	Telefon: <i>(dienstlich)</i>
Mobil:	E-Mail:

Pferd:

Name:	Rasse:
Geschlecht:	Farbe:
Geburtsjahr:	Equidenpass: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Turnierpferd: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schlachtpferd: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Regelmäßig gegen Tetanus geimpft? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Letzte Impfung:
Unverträglichkeiten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche:
Besonderheiten (Untugenden etc.): <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche:
Chronische Erkrankungen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche:

Überweisender Tierarzt:

Name:	Telefon:
-------	----------

Versicherung:

Für mein Pferd besteht eine Operationskostenversicherung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mein Pferd ist versichert bei: <input type="checkbox"/> Uelzener <input type="checkbox"/> R&V <input type="checkbox"/> Allianz <input type="checkbox"/> Sonstiges
Mein Pferd ist mit folgendem versichert: <input type="checkbox"/> einfachen Satz <input type="checkbox"/> zweifachen Satz <input type="checkbox"/> Basis <input type="checkbox"/> Premium <input type="checkbox"/> Premium plus

• **Aufnahmebedingungen** •

Der Eigentümer oder bevollmächtigte Vertreter bestätigt, über die Erkrankung seines Pferdes, die geplanten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, über mögliche Behandlungsalternativen, über die Operationsmethode und Narkose sowie über alle damit verbundenen Risiken umfassend aufgeklärt worden zu sein.

Dies gilt ausdrücklich für

Bei Zahn- und Kieferpatienten beachten Sie bitte den beiliegenden Aufklärungsbogen.

Operationserlaubnis bei Kolik: Ja Nein Blutuntersuchung vor OP erwünscht: Ja Nein

Die Aufnahme erfolgt nach vorheriger Anmeldung.

Die Aufnahme kann von der Zahlung eines angemessenen Vorschusses abhängig gemacht werden.

1. Der Tagessatz für Box und Fütterung beträgt pro angefangenem Kalendertag 25,00 EUR zzgl. 19 % MwSt.
2. Einlieferer, die schuldhaft und ohne darauf hinzuweisen Tiere mit verborgenen, ansteckenden Krankheiten oder bösartige Tiere übergeben, haften für die dadurch entstandenen Schäden.
3. Der Einlieferer des Tieres ist verpflichtet, die Untugenden oder bekannte Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Futterstoffe, sowie chronische Erkrankungen und besondere Risiken bei der Einlieferung anzugeben.
4. Für Unfälle, Entlaufen und Erkrankungen während des stationären Aufenthaltes kann keine Haftung übernommen werden.
5. Das Tier hat zum Zeitpunkt des Klinikaufenthaltes – stationär und ambulant – eine Haftpflichtversicherung. Schäden, die vom Patienten am Inventar oder den medizinischen Geräten verursacht werden, sind somit abgedeckt.
6. Der behandelnde Tierarzt ist berechtigt, erforderliche Behandlungen oder im Notfall eine schmerzlose Tötung des Tieres auch ohne ausdrückliche Genehmigung des Eigentümers durchzuführen. Insbesondere erklärt sich der Eigentümer auch bereit, dass im Falle eines Therapienotstandes das Pferd mit Arzneimitteln behandelt wird, die nicht für die Anwendung bei Pferden oder anderen lebensmittelliefernden Tieren zugelassen sind. Dies hat zur Folge, dass das Pferd nicht mehr der Lebensmittelgewinnung zugeführt werden darf. Eine entsprechende Eintragung im Pferdepass hat zu erfolgen.
7. Der Eigentümer oder sein Beauftragter erklärt, dass er über die geplante Behandlung und die zu erwartenden Kosten aufgeklärt worden ist. Eventuelle Komplikationen können die Behandlungs- und Operationskosten erhöhen.
8. Eine Gewähr für eine erfolgreiche Operations- oder Behandlungsergebnis kann nicht übernommen werden.
9. Der Eigentümer ist verpflichtet, das Tier nach Aufforderung umgehend abzuholen. Bei der Abholung ist eine vereinbarte Anzahlung in bar oder per ec-Karte zu leisten.
10. Die Pferdedentalpraxis Niehues ist berechtigt, das Pferd bis zur vollständigen Bezahlung der Behandlungskosten zurückzubehalten.
11. Sollte Sie ihren Hänger bei uns auf dem Hägnachhof belassen, so wenden Sie sich bitte bezüglich der Abstellmöglichkeiten an das Personal. Jegliche Haftung ausgeschlossen.

Die Aufnahmebedingungen werden von mir vollständig anerkannt:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Auftraggebers*

.....
Unterschrift des Tierarztes

*Als Bevollmächtigter versichere ich, Kraft ausdrücklichen Auftrags des Eigentümers oder des Tierhalters zu handeln.