



Behandlungsvertrag

Für unsere Patientenkartei erbitten wir folgende Angaben:

Halter und Auftraggeber für diese zukünftige Behandlungen

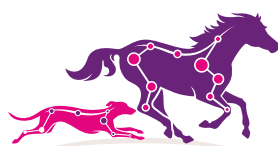
Nachname:	Tel. privat:
Vorname:	Tel. Beruflich
Straße:	Mobil:
Postleitzahl:	E-Mail:
Wohnort:	

Angaben zum Patient

Tierart:	Rasse:
Name:	Geb.:
Geschlecht:	
Haustierarzt:	

Kastriert: ☐ Ja ☐ Nein

Bekannte Erkrankungen / Operationen / Medikamente / Unverträglichkeiten



Tierisch in Form – Tierphysiotherapie | Stefanie Rumpfinger
Altstockach 6c – 85664 Hohenlinden | Telefon: 01733 944691 | E-Mail: info@pferdephyio-rumpfinger.de

Schmerzlinderung & Akuttherapie • Verbesserung von Beweglichkeit & Elastizität • Steigerung von Koordination & Vitalfunktionen • Optimierung der sportlichen Leistungsfähigkeit



Ich versichere, dass ich Halter des Tieres bin und deshalb berechtigt, einen Vertrag über die Durchführung erforderlicher Behandlungen zu schließen. Ich versichere ferner, dass ich willens und in der Lage bin, die dadurch entstehenden Kosten zu tragen.

Sofern ich nicht Halter des Tieres bin, versichere ich, im ausdrücklichen Auftrag des Tierhalters zu handeln. Fehlt es an einer Bevollmächtigung oder stellt der Eigentümer des Tieres eine Bevollmächtigung in Abrede, bestätige ich hiermit, dass ich für die entstehenden Kosten aus der Behandlung aufkommen werde.

Nicht eingehaltene Termine oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine (mindestens 24 Stunden vorher – Praxiszeiten beachten) werden in voller Höhe in Rechnung gestellt.

Die Abrechnung erfolgt nach der Behandlung bar oder per EC-Cash.

Datenschutzerklärung und AGB wurden ausgehändigt und akzeptiert.

_____, den _____ Unterschrift: _____

