



Herzlich willkommen in unserer Pferdeklinik!

Wir benötigen einige Angaben von Ihnen und Ihrem Pferd. Diese Daten werden in unserer EDV gespeichert und unterliegen der strengen ärztlichen Schweigepflicht.

Besitzer/ Rechnungsempfänger (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen):

Nachname:		Vorname:	
Straße:		PLZ / Ort:	
Telefon:		Telefon: (geschäftl.)	
Telefon: (mobil)		Fax:	
Geburtsdatum:		E-Mail:	
Pferdehaltung:	<input type="radio"/> privat <input type="radio"/> gewerblich	Firmen-name:	

Das Pferd wurde überwiesen von Tierarzt: _____

Telefonische Rücküberweisung von uns an Ihren Haustierarzt?

nein ja an den Tierarzt: _____

Patient:

Name:		Farbe:	
Rasse:		Geburtsdatum:	
Lebens-Nr.:		Geschlecht:	<input type="radio"/> Stute <input type="radio"/> Wallach <input type="radio"/> Hengst

Soll Ihr Pferd zur Schlachtung bestimmt sein? ja nein

Impfstatus (letzte Impfung): Tetanus: _____ Influenza: _____ Herpes: _____

Haben Sie eine OP-Versicherung: nein ja Name: _____

Frühere Operationen oder Krankheiten: nein ja: _____

Medikationen in den letzten 6 Wochen: nein ja welche: _____

Unverträglichkeiten gegen Medikamente/Futtermittel? nein ja: _____

Wie steht Ihr Pferd zu Hause? Strohbox Spänebox Koppel / Offenstall





Zahlungsmöglichkeiten:

Bitte beachten Sie, dass wir im Falle einer negativen Bonitätsauskunft, Zahlungen ausschließlich vor Ort akzeptieren.

Sie können unter folgenden Zahlungsmöglichkeiten wählen (bitte ankreuzen):

- Barzahlung
- EC-Karte
- SEPA-Lastschrift (**bitte zusätzlich SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen**)
- Kreditkarte
- Visa Mastercard American Exp.

Karteninhaber:	
Kartennummer:	
Gültig bis:	

- Rechnungsstellung über die BFS health finance GmbH per Post
(nur bei privater Pferdehaltung möglich)

Hinweis:

- Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, dass wir eine Bonitätsabfrage bei der infoscore Consumer Data GmbH für uns und die BFS health finance GmbH durchführen und ggf. Ihre Daten an die BFS health finance GmbH übermittelt werden. Die Daten dienen selbstverständlich nur internen Zwecken.
- Im Falle einer Abrechnung mit einer Tierkranke- und / oder Operationskostenversicherung, bleibt der Schuldner des Gebührenanspruches der tierärztlichen Leistungen der Auftraggeber. Die Pferdeklinik Bargteheide GmbH & Co.KG steht nicht dafür ein, ob und in welchem Umfang ein Versicherer gegebenenfalls Erstattungen des Gebührenanspruches leistet.

Aufnahme und allgemeine Behandlungsbedingungen

Sie haben heute Ihr Pferd für eine Untersuchung / Behandlung bzw. für eine Operation in unsere Klinik eingestellt. Wir danken Ihnen für das entgegengebrachte Vertrauen. Selbstverständlich werden wir alles daran setzen, diesem gerecht zu werden. Jedoch gibt es in seltenen Fällen Komplikationen, über die wir Sie hiermit aufklären möchten. Bei tierärztlichen Eingriffen wie Gelenks-, Sehnenscheiden-, Gefäß- oder Organpunktionen sowie bei endoskopischen Eingriffen kann es trotz fachgerechter Durchführung zu Komplikationen kommen. In Einzelfällen können auch lebensbedrohliche Erkrankungen wie Frakturen, Kolik, Colitis, infektiöse, allergische oder sonstige Folgeerkrankungen sowie Thrombosen auftreten.

Da jede intensive Behandlung und insbesondere Operationen sowie Transport und Umstellung des Pferdes eine Stress-Situation für den Organismus des Tieres darstellt, was eine Schwächung des Immunsystems





zur Folge hat, können während des Klinikaufenthaltes Erkrankungen jeder Art auftreten. Die aufgelisteten Komplikationen sind auf ganz wenige Einzelfälle beschränkt. Wir halten es dennoch für unsere Pflicht, Sie über die Problematik und Risiken aufzuklären. Sollte bei Ihrem Pferd eine Operation durchgeführt werden verweisen wir auf das Formular **"Informationsblatt Operation"** welches Sie bitte vor der Operation unterschreiben. Ohne Unterschrift kann eine Operation nicht durchgeführt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass das Pferd im Falle eines Therapienotstandes mit Arzneimitteln behandelt wird, die nicht für die Anwendung bei Pferden oder anderen lebensmittelliefernden Tieren zugelassen sind. Mir ist bekannt, dass eine Verwendung des o. g. Pferdes zur Gewinnung von Lebensmitteln ein Verstoß gegen das Lebensmittelgesetz darstellt und als Straftat geahndet werden kann. In diesem Falle versichere ich, dass das in die Pferdekllinik Bargteheide eingewiesene Pferd nicht der Lebensmittelgewinnung zugeführt wird. Diese Erklärung gilt unbefristet.

Wir weisen daraufhin, dass die Klinik nicht für Schäden am Tier sowie bei Verlust des Pferdes haftet, soweit die Klinik nicht gegen diese Schäden versichert ist oder diese Schäden nicht auf Vorsatz oder grob fahrlässigem Verhalten der Tierärzte oder ihrer Mitarbeiter beruhen. Der Behandlungsvertrag wird für die heutige sowie für alle weiteren Untersuchungen und Behandlungen in der oben genannten Pferdekllinik geschlossen. Der anonymisierten Verarbeitung von Daten und Material meines Pferdes im Rahmen von wissenschaftlichen Studien stimme ich zu. Ein Widerruf des Behandlungsvertrages muss schriftlich an die oben genannte Pferdekllinik erfolgen.

Bitte haben Sie auch dafür Verständnis, dass wir für KfZ-Schäden, Schäden an Anhängern, Diebstahl von Anhängern, Verlust von Haltern, Decken etc. keine Haftung übernehmen können.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich diese Information gelesen und zur Kenntnis genommen habe. Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und akzeptiere die Zahlungs- und Behandlungsbedingungen. Zur Sicherstellung der korrekten Identifikation meines Pferdes stimme ich zu, dass das Pferd und seine Ausrüstung mit Besitzer- und Pferdenamen gekennzeichnet sind.

Ich möchte per E-Mail über Aktionen und Neuigkeiten im Pferdekllinik Bargteheide Onlineshop informiert werden.

Bargteheide, den _____

(Unterschrift)

Mitarbeiter-Kürzel: _____

