



Kleintierpraxis Dr. Matthias Völzke

Anmeldeformular

**Kunde:**

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

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

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Patient:**

Hund  Katze  Kaninchen  Meerschweinchen \_\_\_\_\_ Andere

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

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

Gewicht: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich

Kastriert:  Ja  Nein

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

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

Ist Ihr Tier krankenversichert:  Ja  Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden: \_\_\_\_\_

Wir bitten um sofortige Bezahlung nach der Behandlung.

Bevorzugte Zahlungsmethode:  bar  EC cash

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und akzeptiere die Zahlungsbedingungen.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_