



## **Erklärung des Patientenbesitzers / -Bevollmächtigten:**

Name

Straße

PLZ / Ort

Telefonnummer

Mobil

Email

Rechnung:     Post     E-Mail     Lastschrift (1,5% Skonto)

Pferdedaten:    Name:    Alter:

Ident Nummer:    Rasse:

Geschlecht:     Hengst     Stute     Wallach    Farbe:

Lebensmitteltier:     Ja     Nein    Standort (Stall):

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass bei einem Therapienotstand das o. g. Pferd mit Arzneimitteln behandelt wird, die nicht für die Anwendung bei lebensmittelliefernden Tieren zugelassen sind. Hieraus erfolgt die zwingende Umtragung des Tieres im Equidenpass da eine Verwertung des Pferdes zur Gewinnung von Lebensmitteln ein Vergehen gegen das Lebensmittelgesetz darstellt und als Straftat geahndet werden kann.

Als Eigentümer / Bevollmächtigter des Eigentümers beauftrage ich den Tierarzt damit die erforderlich erscheinenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen durchzuführen und erteile hierfür ausdrücklich meine Einwilligung.

Die Kosten für die tierärztlich erbrachten Leistungen sind nach der GOT zu entrichten.

Ort, Datum und Unterschrift:

(Unterschrift des Eigentümers / Halters oder des bevollmächtigten Vertreters)