



Behandlungsschein

Patientenbesitzer / -Bevollmächtigter

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer	
PLZ / Ort	
Telefon	Mobil
E-Mail - wird auch zur Kommunikation / Rechnungsversand / Impferinnerungen etc. verwendet	

Pferd

Name	Geb.-Datum
Rasse	Geschlecht: O Stute O Wallach Hengst
Chip	Farbe
Lebens-/Pass- /Ident-Nr.	Lebensmitteltier O Ja O Nein
Stalladresse / Standort	Allergien / Unverträglichkeiten

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.

Ich willige ein, dass diese Kontaktdaten auch im Pferde-Rehabilitationszentrum Tannengrund in Bargtheide verarbeitet werden dürfen.

Ort, Datum und Unterschrift:

(Unterschrift des Eigentümers / Halters oder des bevollmächtigten Vertreters)