



## 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: / Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ geschäftlich: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Sind Sie Mitglied in der Tierseuchenkasse?  ja  nein

Pferdehaltung:  gewerblich  privat

Das Pferd wurde überwiesen von Tierarzt: \_\_\_\_\_

Rücküberweisung erwünscht?  ja  nein / An den Tierarzt: \_\_\_\_\_

### **Patient:**

Name: \_\_\_\_\_ Rasse: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  Stute  Wallach  Hengst

Ident.-Nr./Lebens-Nr: \_\_\_\_\_ Farbe: \_\_\_\_\_

Das aufgeführte Pferd ist laut Pferdepass zur Schlachtung bestimmt:  ja  nein

Impfungen:  Tetanus Datum: \_/\_  Influenza Datum: \_/\_  Herpes Datum: \_/\_

Krankenversicherung:  ja  nein Satz: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

OP-Versicherung:  ja  nein Satz: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Medikationen in den letzten 6 Wochen:  ja  nein \_\_\_\_\_

Frühere Operationen oder Krankheiten:  ja  nein: \_\_\_\_\_

Weidegang während Klinikaufenthalt (wenn möglich):  ja  nein

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

Fütterungs-/Medikamentenunverträglichkeiten? \_\_\_\_\_



### **Zahlungsmöglichkeiten:**

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass alle Behandlungen, klinischen Leistungen und Medikamentenabgaben grundsätzlich nicht auf offene Rechnung erfolgen können. Sofern dies von Ihnen dennoch gewünscht wird, (bzw. bestimmte Situationen es erfordern) werden unsere Abrechnungen von der BFS health finance GmbH übernommen. In diesem Fall erteilen Sie hiermit Ihre Einwilligung, dass wir Ihre Daten an die BFS health finance GmbH übermitteln. Die Daten dienen selbstverständlich nur internen Zwecken. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich ebenfalls einverstanden, dass wir eine Bonitätsabfrage bei der infoscore Consumer Data GmbH für uns und die BFS health finance GmbH durchführen. Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass bei einer negativen Bonitätsabfrage eine Rechnungsstellung über die BFS health finance GmbH nicht möglich ist.

Sie können unter folgenden Zahlungsmöglichkeiten wählen (bitte ankreuzen):

- Barzahlung
- EC-Karte
- Sepa-Lastschrift\*\* (bitte zusätzlich SEPA Lastschrift Mandat ausfüllen)
- Kreditkarte \* (bitte Kreditkarten-Daten eintragen)
  
- Visa Card\*
- Master Card / Euro Card\*
- American Express\*

(Karteninhaber)

(Kartenummer)

(gültig bis)

**\*\* bitte zusätzlich SEPA Lastschrift Mandat ausfüllen**

### **Aufnahme und allgemeine Behandlungsbedingungen**

Sehr geehrter Patientenbesitzer,  
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 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 Pferdeklinik Bargteheide eingewiesene Pferd nicht der Lebensmittelgewinnung zugeführt wird. Diese Erklärung gilt unbefristet.

Weitere Informationen zu diesem Thema finde Sie im Merkblatt **Besitzer-Informationen zum Thema Arzneimittelgesetz bei lebensmittelliefernden Tieren „Schlachtpferd / Nichtschlachtpferd“**.

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 Pferdeklinik geschlossen. Ein Widerruf des Behandlungsvertrages muss schriftlich an die oben genannte Pferdeklinik erfolgen.

Bitte haben Sie auch dafür Verständnis, dass wir für KfZ-Schäden, Schäden an Anhängern, Diebstahl von Anhängern, Verlust von Halftern, 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.

Bargteheide, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

Kundennr.: \_\_\_\_\_ Daten im S-Firm erfasst - Kürzel: \_\_\_\_\_ Daten im Easy Vet erfasst - Kürzel: \_\_\_\_\_