

## Patienten- und Eigentümerdaten

Patientenname:	
Rasse und Farbe:	
Geschlecht:	
Geburtsdatum:	
Gewicht:	
Impfungen:	
<i>Bei Pferden:</i>	Schlachtpferd <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Dauerdiagnosen:	

Name und Adresse des Eigentümers / der Eigentümerin:	
<i>Bei Pferden:</i> <i>Stalladresse:</i>	
Telefonnummer:	

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die o.g. Daten sowie das Zustandekommen eines Behandlungsvertrages mit THP Verena Klein. Die durch Behandlung / Beratung entstehenden Kosten übernehme ich.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift