

Anmeldeformular

**Kleintierpraxis
Claudia Graf-Bildhauer**

Tierbesitzer

Name:.....

Vorname:.....

Straße:.....

PLZ:..... Ort:.....

Geb.-Ort:

Geburtsdatum:.....

Tel.:Nr. privat:.....

 dienstl.:.....

Kontoführendes Inst.:.....

Patient

Rasse:.....

Name:.....

Farbe:.....

TätoNr:.....

TransponderNr:.....

Geburtsdatum:.....

Geschlecht: ☐ weiblich

☐ männlich

☐ kastriert

Sind Ihnen evtl. Vorerkrankungen Ihres Tieres bekannt?

.....

Bekommt Ihr Tier z. Zt. Medikamente - wenn ja, welche?

.....

Ist Ihnen eine Unverträglich Ihres Tieres auf Medikamente bekannt?

.....

Hat Ihr Tier eine Allergie (z.B. Futtermittel)?

.....

Wann wurde Ihr Tier zuletzt entwurmt und geimpft?

Entwurmung:.....

Impfung.....

War Ihr Tier im Ausland, wenn ja, wo und wann?

.....

Hiermit bestätige ich, dass mein/e Kaninchen als Heimtiere gehalten und niemals als lebensmittelliefernde Tiere dienen werden.

Ich zahle

☐ **bar**

☐ **EC – Cash**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich mein Einverständnis und die Richtigkeit meiner Angaben.

Köln,

Unterschrift:.....