

# ANMELDEFORMULAR

## PERSÖNLICHE DATEN

_____	_____
Anrede	Titel
_____	_____
Name	Vorname
_____	_____
Straße	
_____	_____
PLZ	Ort
_____	_____
Telefon	Mobilnummer
_____	_____
Fax	E-Mail (Wichtig! Für Befunde)



FACHZENTRUM FÜR  
KLEINTIERMEDIZIN  
am Chemnitz Center

Röhrsdorfer Allee 31  
09247 Chemnitz OT Röhrsdorf  
Deutschland

Telefon: +49 (0) 3722 620420  
E-Mail: praxis@vet-chemnitz.de  
Web: www.vet-chemnitz.de

### HINWEIS

Wir behalten uns vor, nicht wahrgenommene Termine, die nicht 24h vorher abgesagt worden sind, mit einer Aufwandsentschädigungspauschale von 25% der veranschlagten tierärztlichen Leistung in Rechnung zu stellen.

## DATEN DES TIERES

_____	_____	_____
Rufname des Haustiers	Zuchtname	Rasse
_____	_____	_____
Tierart	Alter	Gewicht
_____	_____	_____
Geschlecht	Farbe des Tieres	Chip-Nr.
_____	_____	_____
Geburtsdatum	Kastriert/Sterilisiert: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
Ist Ihr Tier beim Tierarzt umgänglich?: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN – Wenn nein, worauf ist zu achten? Bitte nachfolgend angeben:		

## HAUSTIERARZT / VERSICHERUNG

_____
Name/Vorname
_____
Adresse
Überwiesen: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Versicherung: <input type="checkbox"/> OP-Versicherung <input type="checkbox"/> Krankenversicherung
_____
Versicherer

**WICHTIG!** Bitte geben Sie auf dem Anmeldeformular die Daten des Versicherungsnehmers an, damit es später keine Probleme bei der Abrechnung mit Ihrer Versicherung gibt!

## WEITERES

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

<input type="checkbox"/> persönliche Empfehlung	<input type="checkbox"/> Haustierarzt	<input type="checkbox"/> Werbung
<input type="checkbox"/> Facebook/Instagram	<input type="checkbox"/> Internet/Website	<input type="checkbox"/> Sonstiges

Ich versichere, dass ich der Halter des Tieres und volljährig bin. Ferner genehmige ich die Speicherung und Verarbeitung meiner Daten zu Praxiszwecken.