



Behandlungsschein – ambulante Anwendungen

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 O Stute O Wallach O Hengst
Rasse	Geschlecht (bitte ankreuzen)
Chip	Farbe O Ja O Nein
Lebens-/Pass- /Ident-Nr.	Lebensmitteltier (bitte ankreuzen)
Stalladresse / Standort	Allergien / Unverträglichkeiten

Als Eigentümer / Bevollmächtigter des Eigentümers beauftrage ich die Pferde Rehabilitationszentrum Tannengrund GmbH die erforderlich erscheinenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen durchzuführen und erteile hierfür ausdrücklich meine Einwilligung. Ich willige ein, dass diese Kontaktdaten auch in der Pferdepraxis im Tannengrund in Bargteheide verarbeitet werden dürfen.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass bei einem Therapienotstand das o. g. Pferd durch die Pferdepraxis im Tannengrund 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.

Die Kosten für die tierärztlich erbrachten Leistungen sind nach der GOT zu entrichten.

Ort, Datum, Unterschrift

(des Eigentümers / Halters oder des bevollmächtigten Vertreters)