

**Anmeldeformular für Hunde****Tierhalter:**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon Festnetz: \_\_\_\_\_

Handynummer: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Züchter:  ja  neinin meinem Haushalt leben Kinder:  ja  nein**Patient:**

Name: \_\_\_\_\_

Rasse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Farbe: \_\_\_\_\_

Mikrochipnr.: \_\_\_\_\_ (falls vorhanden)

Täto-Nr.: \_\_\_\_\_ (falls vorhanden)

Geschlecht:  männl.  weibl.Kastriert:  ja  neinursprüngliche Herkunft:  Tierheim  Privat  Züchter  Fundtier Ausland; Land \_\_\_\_\_ Organisation \_\_\_\_\_ in BRD seit \_\_\_\_\_ sonstiges \_\_\_\_\_

Eventuelle Ergebnisse einer HD/ED-Untersuchung

HD \_\_\_\_\_ ED \_\_\_\_\_

Bei mir lebt er/sie:  als Einzeltier  mit weiteren Hunden  mit anderen TierartenHundesport: ich gehe regelmäßig auf einen Hundeplatz:  ja  neinFütterung:  Feuchtfutter  Trockenfutter

Firma/Produkt \_\_\_\_\_

von mir bemerkte Auffälligkeiten, Grund der Konsultation: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**soweit bekannt:**

letzte tierärztliche Untersuchung: \_\_\_\_\_

Impfungen:  Staupe, Hepatitis, Parvovirose, Leptosprose, Tollwut (SHPLT) am \_\_\_\_\_ Zwingerhusten am \_\_\_\_\_ Borreliose am \_\_\_\_\_

durchgeführt von Tierarzt/ärztin Dr. \_\_\_\_\_

letzte Entwurmung am \_\_\_\_\_

bekannte chronische Erkrankungen, Operationen, Allergien \_\_\_\_\_

---

**Bitte bringen Sie zur ersten Untersuchung (falls möglich) folgende Dinge mit:**

- sämtliche Papiere, die Sie zu dem Tier besitzen (z.B. Impfpass, Gesundheitszeugnis, Einfuhrerlaubnis, vorangegangene Untersuchungsergebnisse etc.)

**Sie haben die Möglichkeit, sich auf unserer Homepage unter dem Stichwort „Blog“ für unseren Newsletter anzumelden. Wir „müllen“ Sie nicht „zu“, teilen Ihnen lediglich mit, wenn neue, interessante Artikel auf unserem Blog *“VIERUNDZWEI“* erscheinen!**

**Ich bin auf die Tierarztpraxis Huppert aufmerksam geworden durch:**

- Telefon- / Branchenbuch                       Internet/Homepage                       Notdienst  
 Freunde / Bekannte                       sonstiges: \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift erteile ich den Auftrag zur Untersuchung, Beratung und Behandlung und bestätige die Richtigkeit der Angaben zu meiner Person.  
Ich bin damit einverstanden, dass ich im Rahmen der Gesundheitsvorsorge an fällige Termine (z.B. Impfungen) schriftlich erinnert werde.

**Die entstehenden Kosten begleiche ich nach jeder Konsultation:**

- in bar                       mittels EC-Cash

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_