

Tierärztliche Praxis für Pferde

**Dr. Julia Haase**

Zum Felde 9 · 25364 Bokel  
Büro: 0 41 27 / 12 24  
Fax: 04127/7943082  
E-Mail: info@vetpraxishaase.de



Tierärztliche Praxis für Pferde



### Behandlungsauftrag

zwischen der Tierärztlichen Praxis für Pferde und:

#### Besitzer/Auftraggeber:

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

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Geb.Datum.: \_\_\_\_\_

wird der Auftrag erteilt, die Behandlung des folgenden Pferdes durchzuführen.

#### Pferd:

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

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

Geb-Datum: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_

Wichtig: Pferd ist im Equidenpass zur Schlachtung bestimmt: o Ja o Nein

OP-Versicherung: o Ja o Nein

Stall/Standort: \_\_\_\_\_

Ich versichere, dass ich Besitzer des Tieres und somit berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung erforderlicher Behandlungen zu schließen. Ich versichere ferner, dass ich willens und in der Lage bin, die dadurch entstehenden Kosten zu tragen. Ich erkläre in diesem Zusammenhang, dass ich mich zum Zeitpunkt dieser Erklärung in keinem gerichtlichen Schuldenverfahren befinde, und dass das Schuldnerverzeichnis des für mich zuständigen Amtsgerichts keine Eintragungen über meine Person aufweist.

Sofern ich nicht Besitzer des Tieres bin, versichere ich, im ausdrücklichen Auftrag des Besitzers zu handeln. Fehlt es an einer Bevollmächtigung, oder stellt der Besitzer eine Bevollmächtigung in Abrede, bestätige ich hiermit, dass ich für die entstehenden Kosten aus der Behandlung aufkommen werde.

Soweit es zur Diagnostik erforderlich ist, ermächtige ich die Mitarbeiter der Praxis Leistungen Dritter (Labor) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.

Datum/ Unterschrift: \_\_\_\_\_