

Kleintierpraxis Dr. Reinhard Goy

Anmeldebogen

Liebe Kunden!
Wir freuen uns, Sie und Ihr Tier in unserer Praxis als **Neu-Kunden** begrüßen zu dürfen. Wir möchten Sie bitten, diesen Fragebogen auszufüllen, damit wir Ihnen und Ihrem Tier schneller und besser helfen können.
(Der Datenschutz bleibt natürlich gewahrt)

Fragen zu Ihnen

*Name _____
Vorname _____
*Straße / Nr. _____
*PLZ / Ort _____
Telefon privat _____
Telefon beruflich _____
Beruf _____
email _____

Fragen zu Ihrem Tier

Tierart / Rasse _____
Rufname _____
 männlich männlich kastriert
 weiblich weiblich kastriert
Geburtsdatum _____
Körpergewicht _____
letzte Impfung _____
letzte Entwurmung _____
letzte Flohbehandl. _____
Haltung drinnen draußen beides

- Vorbehandlungen:

- bekannte chronische Gesundheitsprobleme:

- spezielle Diät / Futter:

- regelmäßige Medikamente:

jetzige Probleme

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> schläft mehr | <input type="checkbox"/> ist unruhig |
| <input type="checkbox"/> frisst mehr | <input type="checkbox"/> frisst weniger |
| <input type="checkbox"/> säuft mehr | <input type="checkbox"/> säuft weniger |
| <input type="checkbox"/> übler Atem | <input type="checkbox"/> uriniert mehr |
| <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Verstopfung |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen _____ | |
| <input type="checkbox"/> seit wann _____ | |

- Weiteres: _____

Fragen zur Therapieart

- Ich möchte ausschließlich eine schulmedizinische Therapie
- Ich möchte ausschließlich eine ganzheitliche Therapie
- Ich bin für beide Therapiearten offen und überlasse es dem Tierarzt in Absprache mit mir, die jeweils beste Therapie für mein Tier auszuwählen
- Ich möchte mehr Informationen zu den Möglichkeiten der **Bioresonanzmethode** beim Tier

*Die Bezahlung erfolgt nach Abschluss jeder Behandlung oder Operation in bar. Bei Erstellung und Zusendung einer Rechnung wird ein Verwaltungskostenbeitrag von 1,- € erhoben. Die Zusendung erfolgt am Monatsende. Die Preise richten sich nach der GOT und der AMPVO in der z.Zt gültiger Fassung.
Ich erkenne die vorstehenden Bedingungen an und verpflichte mich, die entstehenden Behandlungskosten in voller Höhe zu bezahlen.*

Gusborn, den _____

Unterschrift
