

Kleintierpraxis Dr. Reinhard Goy

Anmeldebogen / Kundenumfrage

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	_____
PLZ / Ort	_____
Telefon privat	_____
Telefon beruflich	_____
Beruf	_____
email	_____

Fragen zu Ihrem Tier

Tierarzt / Rasse	_____	
Rufname	_____	
<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> männlich kastriert	
<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> weiblich kastriert	
Geburtsdatum	_____	
Körpergewicht	_____	
letzte Impfung	_____	
letzte Entwurmung	_____	
letzte Flohbehandl.	_____	
Haltung <input type="checkbox"/> drinnen	<input type="checkbox"/> draußen	<input type="checkbox"/> beides
regelmäßige Medikamente:	_____	

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 **Bioresonanztherapie** 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