

VOLLMACHT

Praxis Dr. med. vet. Bernadette Immel
Steinkehof 1
35792 Löhnberg

Hiermit bevollmächtige ich Frau/Herrn _____

in meinem Auftrag mein Pferd _____

geb. am _____

- der Pferdendentalpraktikerin und Mitarbeiterin der Praxis Dr. med. vet. Bernadette Immel vorzustellen
- Untersuchungen und notwendig Behandlungen durchführen zu lassen
- ggf. alle erforderlichen Medikamente käuflich zu erwerben.

Mein Pferd hat eine Unverträglichkeit auf Medikamente: ja nein

Wenn ja, welche: _____

Die Kosten für die tierärztliche Behandlung, Medikamente sowie Fahrtkosten trägt der Tierhalter, der Rechnungsbetrag ist am Tag der Untersuchung bzw. Behandlung zu begleichen.

- Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes zur Kenntnis genommen, den Inhalt verstanden und stimme diesem zu.
- Ich habe die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen, den Inhalt verstanden und stimme dieser zu.

Tierhalter:

Name: _____

Adresse: _____

E-Mail-Adresse: _____

Mobilnummer: _____

Datum, Ort _____

Unterschrift _____