



Neukundenaufnahme

☐ Herr ☐ Frau

Familienname _____ Vorname _____

Strasse + Nr. _____ PLZ + Ort _____

Telefonnummer _____ Handynummer _____

E-Mail-Adresse _____

Ihre E-Mail-Adresse wird nur zur direkten Kommunikation mit unserer Praxis verwendet und wird nicht zu Werbezwecken weitergegeben.

Ich wünsche eine **Terminerinnerung** ☐ per SMS ☐ Ich wünsche **keine** Terminerinnerung

Tiername _____ Tierart _____

Rasse _____ Fellfarbe _____

Geburtsdatum _____ Chip-Nummer _____

Geschlecht _____ Ist Ihr Tier Kastriert? ☐ Ja ☐ Nein

Ich wünsche eine **Impferinnerung** ☐ per E-Mail ☐ per Post ☐ Ich wünsche **keine** Impferinnerung

Ist Ihr Tier versichert? ☐ Ja ☐ Nein / Wenn Ja, bei welcher Versicherung? _____

Leidet Ihr Tier an bekannten Krankheiten? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja, welche? _____

Benötigt Ihr Tier regelmässige Medikamente? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja, welche? _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen? _____

Wir weisen Sie höflich darauf hin, dass Konsultationen und Medikamente bei Ihrem Besuch direkt zu bezahlen sind. Wir akzeptieren Barzahlung oder Zahlung mittels Maestro, Post-Card, TWINT, MASTERCARD oder VISA. Hiermit bestätige ich über die Zahlungsmöglichkeiten informiert worden zu sein und akzeptiere dieselben.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____