



Neukundenaufnahme / New client onboarding

☐ Herr *Mr.* ☐ Frau *Mrs.*

Familienname *Surname* _____ Vorname *Firstname* _____

Strasse + Nr. *Street* _____ PLZ + Ort *City* _____

Telefonnummer *Telephone* _____ Handynummer *Mobile* _____

E-Mail-Adresse *email* _____ Amicus ID _____

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

Your email address will be used solely for direct communication with our practice and will not be shared for advertising purposes

☐ Ich wünsche eine **Terminreminder** per SMS

I would like an appointment reminder.

☐ Ich wünsche **keine** Terminreminder

I do not want an appointment reminder.

Tiername *Animal name* _____ Tierart *species* _____

Rasse *breed* _____ Fellfarbe *colour* _____

Geburtsdatum *birth date* _____ Chip-Nummer _____

Geschlecht *gender* _____ Ist Ihr Tier Kastriert? *Ist your animal neutered?*

☐ Ja *yes* ☐ Nein *no*

☐ Ich wünsche eine **Impfreminder** ☐ per E-Mail

I would like a vaccination reminder

☐ per Post

☐ Ich wünsche **keine** Impfreminder

I do not want a vaccination reminder.

Ist Ihr Tier versichert? *Is your pet insured?* ☐ Ja *yes* ☐ Nein *no*

Wenn Ja, bei welcher Versicherung? *If so, which ones?* _____

Leidet Ihr Tier an bekannten Krankheiten? *Does your animal suffer from any known illnesses?* ☐ Ja *yes* ☐ Nein *no*

Wenn Ja, welche? *If so, which ones?*

Benötigt Ihr Tier regelmäßige Medikamente? *Does your pet require regular medication?* ☐ Ja *yes* ☐ Nein *no*

Wenn Ja, welche? *If so, which ones?* _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen? *How did you hear about our practice?*

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.

We kindly inform you that consultations and medications must be paid for directly at the time of your visit. We accept payment in cash or via Maestro, PostCard, TWINT, Mastercard, or Visa. I hereby confirm that I have been informed of the payment options and accept them.

Ort *City*, Datum *date* _____ Unterschrift *signature* _____



Neukundenaufnahme / Formulaire pour nouveau client

☐ Herr *Monsieur* ☐ Frau *Madame*

Familienname *Nom de famille* _____ Vorname *prénom* _____

Strasse + Nr. *rue* _____ PLZ + Ort *localité* _____

Telefonnummer *numéro de ligne fixe* _____ Handynummer *numéro de portable* _____

E-Mail-Adresse *email* _____ Amicus ID _____

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

Votre adresse e-mail sera utilisée uniquement pour communiquer directement avec notre cabinet et ne sera pas partagée à des fins publicitaires.

☐ Ich wünsche **eine Terminerinnerung** per SMS

☐ Ich wünsche **keine Terminerinnerung**

Je souhaiterais recevoir un rappel de rendez-vous par SMS. Je ne souhaite pas recevoir de rappel de rendez-vous.

Tiername *nom de l'animal* _____ Tierart *espèces* _____

Rasse *course* _____ Fellfarbe *couleur* _____

Geburtsdatum *date de naissance* _____ Chip-Nummer *numéro de puce* _____

Geschlecht *genre* _____ Ist Ihr Tier Kastriert? *Votre animal est-il stérilisé ?*

☐ Ja *oui* ☐ Nein *non*

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

☐ per Post

☐ Ich wünsche **keine** Impferinnerung

Je souhaiterais recevoir un rappel de vaccination

Je ne souhaite pas recevoir de rappel de vaccination

Ist Ihr Tier versichert? *Votre animal est-il assuré?* ☐ Ja *oui* ☐ Nein *non*

Wenn Ja, bei welcher Versicherung? *Si oui, auprès de quelle compagnie d'assurance?* _____

Leidet Ihr Tier an bekannten Krankheiten? *Votre animal souffre-t-il de maladies connues ?* ☐ Ja *oui* ☐ Nein *non*

Wenn Ja, welche? *Si oui, lesquels?*

Benötigt Ihr Tier regelmäßige Medikamente? *Votre animal a-t-il d'un traitement médicamenteux?*

☐ Ja *oui* ☐ Nein *non*. Wenn Ja, welche? *Si oui, lesquels?* _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen? *Comment avez-vous entendu parler de notre cabinet?*

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.

Nous vous informons que les consultations et les médicaments doivent être réglés directement lors de votre visite. Nous acceptons les paiements en espèces ou par Maestro, PostCard, TWINT, Mastercard ou Visa. Je confirme par la présente avoir pris connaissance des modalités de paiement et les accepter.

Ort *lieu*, Datum *date* _____ Unterschrift *signature* _____