



New client onboarding

☐ Mr. ☐ Mrs.

Surname _____ Firstname _____

Street _____ PLZ + City _____

Telephone _____ Mobile _____

Email _____

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

I would like an appointment reminder. ☐

I do not want an appointment reminder. ☐

Animal name _____ species _____

breed _____ colour _____

birth date _____ Chip-Number _____

gender _____ Ist your animal neutered? ☐ yes ☐ no

I would like a vaccination reminder ☐ by Email ☐ by Post

☐ I do not want a vaccination reminder.

Is your pet insured? ☐ yes ☐ no If so, which ones? _____

Does your animal suffer from any known illnesses? ☐ yes ☐ no

If so, which ones? _____

Does your pet require regular medication? ☐ yes ☐ no

If so, which ones? _____

How did you hear about our practice? _____

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.

City, date _____ signature _____



Formulaire pour nouveau client

☐ Monsieur ☐ Madame

Nom de famille _____ prénom _____

rue _____ localité _____

numéro de ligne fixe _____ numéro de portable _____

email _____

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

Je souhaiterais recevoir un rappel de rendez-vous par SMS. ☐

Je ne souhaite pas recevoir de rappel de rendez-vous. ☐

nom de l'animal _____ espèces _____

race _____ couleur _____

date de naissance _____ numéro de puce _____

sexe _____ Votre animal est-il stérilisé ? ☐ oui ☐ non

Je souhaiterais recevoir un rappel de vaccination ☐ par E-Mail ☐ par voie Postale

Je ne souhaite pas recevoir de rappel de vaccination ☐

Votre animal est-il assuré? ☐ oui ☐ non Si oui, auprès de quelle compagnie d'assurance? _____

Votre animal souffre-t-il de maladies connues ? ☐ oui ☐ non

Si oui, lesquels? _____

Votre animal a-t-il d'un besoin de médicaments régulièrement? ☐ oui ☐ non.

Si oui, lesquels? _____

Comment avez-vous entendu parler de notre cabinet? _____

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. Par la présente, je confirme par la présente avoir pris connaissance des modalités de paiement et les accepter.

lieu, date _____ signature _____