Kleintierpraxis Willenbockel und Völker
Uetzer Str. 24-25
31303 Burgdorf
Tel.: 05136/976 66 8-0

WILLENBOCKEL & VÖLKER
Kleintierpraxis in Burgdorf

Behandlungs- und Untersuchungsvertrag zur Kostenübernahme

Datum: (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!)

Vereinsdaten	**Tierdaten**
Vereinsname:	Tierart: [ ] Hund [ ] Katze [ ] sonstiges:
Vereinsvorstand:	Tiername:
Straße:	Rasse:
Postleitzahl / Ort:	Geb.-Datum/Jahr:
Telefon:	Geschlecht: [ ] weiblich [ ] männlich
E-Mail:	Kastriert: [ ] ja [ ] nein
Pflegestelle	regelm. geimpft: [ ] ja [ ] nein
Name/Vorname: _____ Straße: _____ Postleitzahl / Ort: _____ Telefon: _____	Entwurmt: [ ] ja [ ] nein
	Auslandsaufenthalt: [ ] ja [ ] nein wo: wann:

Haben Sie einen Termin? [ ] ja [ ] nein

Waren Sie schon einmal bei uns? [ ] ja [ ] nein

War es mit diesem Tier? [ ] ja [ ] nein

Sind Sie von einem Tierarzt überwiesen? [ ] ja [ ] nein

Name, Ort des **überweisenden** Tierarztes: _____

Name, Ort Ihres **Haustierarztes** (falls abweichend): _____

Soll Ihr Haustierarzt einen Bericht erhalten? [ ] ja [ ] nein

Grund der heutigen Vorstellung: _____

Bisher gegebene Medikamente: _____

Umfang der Kostenübernahme *(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

[ ] **Vollständige Kostenübernahme** für die aktuelle Behandlung/Untersuchung.

[ ] **Kostenübernahme bis zu einer Obergrenze** von maximal: _____ € (netto / brutto).

- *Hinweis:* Bei Überschreitung dieser Grenze ist eine telefonische Rücksprache mit dem Verein erforderlich.

[ ] **Beschränkung auf folgende Leistungen:**

[ ] Nur Erstuntersuchung / Diagnostik

[ ] Nur Impfung / Parasitenprophylaxe

[ ] Nur Notfallversorgung / Akutbehandlung

[ ] sonstige Leistungen: _____

Abrechnungsvereinbarung

- Die Abrechnung erfolgt direkt mit dem oben genannten Tierschutzverein nach der geltenden Gebührenordnung für Tierärzte (GOT).
- Die Pflegestelle ist **nicht** Privatschuldner dieser Behandlung, sofern der Rahmen dieser Vereinbarung eingehalten wird.
- Die Rechnung nebst Behandlungsdokumentation wird an die unter „**Vereinsdate**n“ angegebene Adresse des Vereins gesendet.

Einverständnis und Unterschriften

Mit ihrer Unterschrift bestätigen die Parteien die Richtigkeit der Angaben und den Auftrag zur Behandlung im oben definierten Rahmen.

_____ _____

Ort, Datum **Unterschrift/Stempel Tierschutzverein** *(Vorstand / Kassenwart)*