



SaLu

Patientenbesitzer

Straße

PLZ, Wohnort

Tiername

Alter

Tierart

Geschlecht

Rasse

Kastriert

ja

nein

(Nachname)

(Vorname)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ich bin damit einverstanden, an meinem oben genannten Tier die Operation/Narkose wg. (geplanter Eingriff)

..... durchführen zu lassen.

Ich bin über die Risiken dieses Eingriffes aufgeklärt worden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.



Ich bin am OP-/Narkose-Tag telefonisch zu erreichen unter:

oder alternativ:



Ich bin mir bewusst, dass ich die Kosten der Operation bzw. der vorgenommenen Maßnahmen bei Abholung des Tieres bezahlen muss.

(Bei unvorhergesehenen, medizinischen Befunden kann es zu Überschreitungen des Kosten-voranschlages kommen. In diesem Fall werden wir Sie so schnell wie möglich informieren.)

Ggf. Ergänzungen

Praxisadresse

TIERÄRZTLICHE PRAXIS
MAG.MED.VET L. DRUZHKEVYCH

Dudweiler Landstraße 65
66123 Saarbrücken
Tel: 0681-95816422

.....
Unterschrift des Besitzers/verantwortlichen Überbringers

.....
Ort, Datum