



Dr.med.vet.

# Seeberger



Tierärztliche Praxis für Pferde

DRUCKEN

PER MAIL SENDEN

## OP-EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

### Besitzer

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Tier/Patient

Name: \_\_\_\_\_

Rasse: \_\_\_\_\_

Farbe: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  Hengst  Wallach  Stute

Letzte Tetanus Impfung: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, an meinem oben genannten Tier die Operation / Narkose / Sedierung wegen (geplanter Eingriff) \_\_\_\_\_ durchführen zu lassen. Ich bin über die Risiken dieses Eingriffs aufgeklärt worden und bestätige dies mit meiner Unterschrift. Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und akzeptiere die Zahlungsbedingungen. Der Unterzeichner haftet für die Rechnungsschuld.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name/Vorname

\_\_\_\_\_  
Unterschrift