

Tierschutzverein Buchen u.U. e.V.

Iglauer Str. 8, 74722 Buchen

Tel.: 0155-66 222 060

Email: info@tierschutz-buchen.de



Tierschutzverein Buchen u.U.e.V

Genehmigungsformular für Tierärztliche Behandlung

Antragsteller*in:

| |
|------------------|
| Nachname: |
| Vorname: |
| Straße/ Hausnr.: |
| PLZ/Ort: |
| Telefon: |

Tier-/Situationsbeschreibung:

| | |
|---------------------------------------|-----------|
| Datum des Fundes: | |
| Ort des Fundes: | |
| Art des Tieres: | Rasse: |
| Geschlecht: | Farbe: |
| Alter: | Merkmale: |
| Registrierungsnummer/ Transpondernr.: | |
| Situationsbeschreibung: | |

Antrag für nachfolgende Behandlung:

(Weitere Behandlungen, die während der Untersuchung festgestellt werden, können nach vorheriger telefonischer Rücksprache ergänzt werden):

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Kastration |
| <input type="checkbox"/> Tätowierung <input type="checkbox"/> Chip |
| <input type="checkbox"/> Erstversorgung <input type="checkbox"/> Wundversorgung |
| <input type="checkbox"/> Stationäre Beobachtung für _____ Tag(e) |
| <input type="checkbox"/> Weitere Behandlung/en: _____ |

1

Tierschutzverein Buchen u.U. e.V.

Iglauer Str. 8, 74722 Buchen

Tel.: 0155-66 222 060

Email: info@tierschutz-buchen.de



Tierschutzverein Buchen u.U.e.V

Behandelnder Tierarzt bzw. Tierarztpraxis (ggf. Stempel):

| |
|--|
| |
|--|

Einwilligungserklärung Antragsteller*in:

„Hiermit bestätige ich, dass alle Angaben in diesem Formular nach bestem Wissen und Gewissen vollständig und wahrheitsgemäß gemacht wurden. Mir ist bewusst, dass falsche oder unvollständige Angaben zur Ablehnung der Kostenübernahme führen können. Ich verpflichte mich, den Verein umgehend zu informieren, sollte sich nach der Genehmigung der Kostenübernahme eine Änderung ergeben.“

Mir ist bewusst, dass der Verein keine rechtliche Verpflichtung zur Übernahme der Kosten hat und die Entscheidung aufgrund freiwilliger Basis erfolgt. Bei Überschreiten der genehmigten Leistung oder bei nicht genehmigten Behandlungen trägt der Antragsteller die Verantwortung für die Deckung der Differenz. Durch die Kostenübernahme, trete ich die Fundrechte an dem Tier zu Gunsten des Vereins ab.“

Ort, Datum und Unterschrift Antragsteller*in

Genehmigung durch den Tierschutzverein:

Hiermit genehmigen wir die tierärztliche Behandlung des oben genannten Tieres. Bitte kontaktieren Sie uns rechtzeitig vor Beginn der Behandlung, um die Kostenübernahme zu bestätigen.

Die Kostenübernahme gilt ausschließlich für die im Formular angegebene Behandlung und der genehmigten Leistung. Weitere oder nachträgliche Kosten, die nicht explizit durch den Verein genehmigt wurden, können nicht übernommen werden. Der Verein übernimmt keine Haftung für zusätzliche oder darüber hinausgehende Kosten, die nicht vorab genehmigt wurden.

| |
|--|
| Name des Vereinsvorstands: |
| Fallnummer (Kürzel-YYYYMMDD-fortlaufende Nr.-Fundort): |
| Datum: |
| Unterschrift des Vereinsvorstands: |