

Patienten- Erklärung



Vorname, Name (Halter/Besitzer):

Anschrift

E-Mail

Mobil

Name (Patient)

Alter

Rasse

Geschlecht

M ()

W ()

Beschlag

Kastriert ()

Sterilisiert

()

Standort/ Reitanlage

Futter

Der oben genannte Halter/ Besitzer wurde über die osteopathische/ angewandte Behandlung aufgeklärt und stimmt dieser Therapie zu.

Es bestehen relevante Vorerkrankungen oder Risikofaktoren

Ja ()

Nein ()

Wenn ja, welche:

Mit dem setzten meiner Unterschrift, stimme ich dem speichern und verwalten meiner personenbezogenen Daten zu, bei jeglichen Therapie Maßnahme ist die Heilung der Ursache nicht Garantiert.

Ort, Datum

Unterschrift
