

Behandlungsvertrag

Über eine tierheilverpraktische Behandlung, Beratung und Untersuchung, sowie einer tierpsychologischen Beratung zwischen:

Name / Vorname Tierbesitzer / E-Mail-Adresse

Straße / Wohnort

Telefonnummer und Mobil-Nummer

und der Tierheilpraxis: HuKaPf®
Tierheilpraktikerin
Christine Stiff
Am Batzenberg 15
89233 Neu-Ulm

Name, Rasse und Alter des Tieres

Hund Katze Pferd (kein Schlachttier Equidenpass) Tierart _____

weiblich männlich kastriert

Bestehen Krankheiten, Allergien, (Arzneimittel-) Unverträglichkeiten: ja nein

wenn ja, welche:

Name des behandelnden Tierarztes - Diagnose

Es wird folgender Behandlungsvertrag geschlossen:

Die Untersuchung und Behandlung erfolgt gemäß §611 Abs. 1 BGB:

„Durch den Dienstvertrag wird derjenige, welcher den Dienst zusagt, zur Leistung der versprochenen Dienste, der andere zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet.“

sowie §612 Abs. 1 BGB:

„Eine Vergütung gilt als stillschweigend vereinbart, wenn die Dienstleistung den Umständen entsprechend nur gegen eine Vergütung zu erwarten ist.“

Durch die Unterschrift bestätigt der Unterzeichnende, dass er als Auftraggeber für die Vergütung der Untersuchung/Behandlung aufkommt. Wenn der Auftraggeber nicht Eigentümer des untersuchten/behandelten Tieres ist und der Eigentümer die Vergütung übernimmt, soll der Eigentümer dem Auftraggeber seine Zustimmung durch Unterzeichnung des Vertrages bestätigen.

Ich habe die Allgemeinen Geschäftsbedingungen, die Datenschutzhinweise den Behandlungsvertrag, sowie die Honorarvereinbarungen zur Kenntnis genommen und kläre mich damit einverstanden. Unterlagen, wie Behandlungs- und Ernährungspläne enthalten vertrauliche Informationen zwischen dem Tierbesitzer und der Tierheilpraktikerin Christine Stiff. Das Kopieren, Veröffentlichen und Weiterreichen davon ist unzulässig.

Ich bin über die durchzuführenden Behandlungen, bei Injektionen über deren Sinn und Zweck, sowie über etwaige Nebenwirkungen und Komplikationen aufgeklärt worden und mit der Behandlung einverstanden.

Ich bin mit einer neuraltherapeutischen Behandlung einverstanden und über deren Sinn und Zweck, sowie über etwaige Nebenwirkungen und Komplikationen aufgeklärt worden.

Ich bin mit der Behandlung von Blutegelein im Rahmen einer Blutegeltherapie einverstanden und über etwaige Nebenwirkungen und Komplikationen aufgeklärt worden.

Ort/Datum Unterschrift Auftraggeber/Eigentümer

Ort/Datum HuKaPf® – Christine Stiff