Lassie

Erklärung über die Entbindung der tierärztlichen Schweigepflicht

Ich (Tierhalter) Name, Vorname: .....

wohnhaft in, Straße, Nr.: .....

Postleitzahl, Ort: .....

entbinde hiermit den Tierarzt Name, Vorname: .....

Straße, Hausnummer: .....

Postleitzahl, Ort: .....

von seiner ärztlichen Schweigepflicht. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die mein Tier

Tierart / Name: .....

Chipnummer: .....

betreffenden Krankenpapiere, Krankengeschichte, ärztliche Aufzeichnungen, Untersuchungsbefunde, Untersuchungsergebnisse bildgebender Verfahren, (wie Röntgen, MRT, Ultraschall) und Laborbefunde zur Verfügung gestellt oder Inhalte dieser Untersuchungen telefonisch / per E-Mail weitergegeben werden dürfen an:

Lassie AB Zweigniederlassung
Münzstrasse 21
10178 Berlin
kontakt@lassie.de

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Tierhalter