

Erklärung über die Entbindung der tierärztlichen Schweigepflicht

Ich (Tierhalter) Name, Vorname: _____ ,

wohnhaft in, Straße, Nr. :

PLZ, Ort :

entbinde hiermit den Tierarzt Name, Vorname:

Straße, Hausnummer:

PLZ, 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

c/o Factory Works GmbH

Rheinsberger Str. 66/67

10115 Berlin

Email: schaden@lassie.de

+49 (0)32 221097345

Ort, Datum

Unterschrift Tierhalter