



**Horse,  
we care!**

«Tierärztliche Klinik für Pferde Dr. Belz Holnweg 7 24594 Tappendorf»

Frau/Herr

Name:

Straße:

**PLZ, Ort:**

Holnweg 7

24594 Tappendorf

Tel: 04871-763070

Fax: 04871-46085

www.pferdeklinik-tappendorf.de

## Aufnahmeschein

Datum:

Rasse:

Name:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

wird heute wegen /zur \_\_\_\_\_

in die Klinik eingestellt. Der Besitzer bzw. dessen Bevollmächtigter erklärt sich mit den unten aufgeführten Aufnahmebedingungen einverstanden.

Für die in die Klinik eingestellten Pferde werden für jeden angefangenen Tag folgende Stall- u. Futterkosten erhoben: **22,46 EUR/Tag**, Deckstation: Generell **10,- EUR/Tag**. (Mit der Unterschrift wird die Unterschreitung der GOT nach § 4 / Deckstation vereinbart.)

1. Der Besitzer ist verpflichtet, bei der Einlieferung evtl. Untugenden des Pferdes anzugeben.
  2. Für die durch Unglücksfälle (z.B. die Aufstehphase nach einer Operation), durch Infektionen oder durch andere Umstände entstehenden Beschädigungen oder Verluste des Tieres wird eine Entschädigung nicht gewährt. Die Haftung für einen Schaden, die die Klinik als Tierhalter treffen könnte, wird ausgeschlossen.
  3. Sollte der Besitzer oder dessen Bevollmächtigter nicht erreichbar sein, ist die Klinik berechtigt, evtl. erforderlich werdende Notmaßnahmen (Notoperation, Nottötung) ohne Rücksprache bzw. ohne ausdrückliche Genehmigung des Besitzers vorzunehmen.
  4. Auskünfte werden nur den Besitzern sowie bevollmächtigten Personen erteilt.
  5. **Die Aushändigung des Pferdes erfolgt nur nach vollständiger Begleichung der entstandenen Behandlungs- u. Futterkosten. Es besteht die Möglichkeit, nach positiver Bonitätsprüfung über die Verrechnungsstelle BFS abzurechnen.** Die Klinik behält sich vor, bei umfangreichen Behandlungen sowie länger dauerndem Klinikaufenthalt eine Teilvorauszahlung sowie 14-tägige Abschlagszahlungen zu verlangen.
  6. Der Besitzer/dessen Bevollmächtigter erklärt sich damit einverstanden, dass das Pferd in das Eigentum der Pferdeklinik Dr. Belz mit dem Recht zur Veräußerung übergeht, wenn die Anzeige der Genesung nicht zur Kenntnis genommen und das Pferd innerhalb von 8 Wochen gegen Begleichung der entstandenen Kosten nicht abgeholt wird.
  7. Die Aufnahmebedingungen erhalten Rechtsgültigkeit mit der Unterschrift des Tierbesitzers oder einer von ihm mit der Einlieferung des Tieres beauftragten Person.
  8. Der Equidenpass muss bei Einlieferung vorgelegt, spätestens jedoch am darauffolgenden Tag nachgereicht werden.
  9. **Besuchszeiten: Mo. - Fr. : 10 Uhr – 12 Uhr & 15 Uhr – 18 Uhr. Sa., So. & an Feiertagen von 10 Uhr – 12 Uhr.**
  10. Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass wir für KfZ-Schäden, Schäden an Anhängern, Diebstahl von Anhängern, Verlust von Halftern, Decken etc. keine Haftung übernehmen können.
  11. **Operativer Eingriff:** \_\_\_\_\_ **voraussichtliche Kosten ab ca. \_\_\_\_\_ €**  
Bei komplizierten Verläufen können sich die Kosten deutlich erhöhen.
  13. Die Klinik behält sich vor, Ihre Daten und die Daten Ihres Pferdes, sowie die zugehörigen Befunde **anonymisiert** für wissenschaftliche Zwecke und Vorträge zu verwenden.
- Die Klinik informiert Sie auf Wunsch in regelmäßigen Abständen über die aktuelle Höhe der Behandlungskosten.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Klinik

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Besitzer/Bevollmächt.



**Horse,  
we care!**

## **Herzlich Willkommen in der Pferdeklinik Tappendorf!**

Wir benötigen einige Angaben von Ihnen und Ihrem Pferd. Diese Daten werden in unserer EDV gespeichert und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

### **Besitzer:**

Name: \_\_\_\_\_

Straße/Nr., PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Telefon geschäftl.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum Besitzer: \_\_\_\_\_

Haustierarzt: \_\_\_\_\_

### **Patient:**

Name: \_\_\_\_\_ Rasse: \_\_\_\_\_ Geb.datum: \_\_\_\_\_

Geschlecht: ☐ Stute ☐ Wallach ☐ Hengst Farbe: \_\_\_\_\_

Lebensnr.: \_\_\_\_\_ Schlachtpferd ☐ / Nichtschlachtpferd ☐

Operationserlaubnis erteilt: ja ☐ nein ☐

OP-Kostenversicherung: ja ☐ nein ☐

Lebensversicherung: ja ☐ nein ☐

wenn ja: welche Versicherung, welcher Tarif? \_\_\_\_\_

Unverträglichkeiten: \_\_\_\_\_

Impfstatus: letzte Tetanusimpfung: \_\_\_\_\_ letzte Influenzaimpfung: \_\_\_\_\_

Bei einer deutlich länger als 2 Jahre zurückliegenden Tetanusimpfung behalten wir uns vor, Ihrem Pferd einen Sofortschutz gegen Tetanus zu verabreichen.

Das eingestellte Pferd darf (in Vereinbarung mit der Therapie) Auslauf erhalten:  
ja, Weide ☐ ja, Sandpaddock ☐ nein ☐ kontrollierte Bewegung ☐

Einstreu: Stroh ☐ Späne ☐ Sonstiges: \_\_\_\_\_

Hafer ☐ Müsli ☐ Pellets ☐ Mash ☐ getreidefrei: ☐ Heu ☐ Heulage ☐

Bei Vollnarkose: Der Hufbeschlag wird entfernt ☐ Das Pferd wird unbeschlagen eingestellt ☐

Das eingestellte Pferd steht derzeit unter folgender Medikation: \_\_\_\_\_



**Horse,  
we care!**

Tierärztliche Klinik für Pferde Dr. Belz · Holnweg 7 · 24594 Tappendorf

Frau/Herr

Name:

Straße:

PLZ, Ort:

Holnweg 7

24594 Tappendorf

Tel: 04871-763070

Fax: 04871-46085

[www.pferdeklinik-tappendorf.de](http://www.pferdeklinik-tappendorf.de)

## **Allgemeiner Aufklärungsbogen – Narkose**

Rasse:

Geschlecht:

Name:

Geburtsdatum:

Ihr Pferd soll aus medizinischen Gründen einer **Allgemeinanästhesie** unterzogen werden.

Trotz aller Erkenntnisse und Vorsichtsmaßnahmen können unvorhergesehene Ereignisse eintreffen, und ein Risiko kann niemals ausgeschlossen werden.

Vorsorglich entfernen wir für die Aufstehphase grundsätzlich evtl. vorhandenen Beschlag, um das Verletzungsrisiko zu minimieren.

### **Es gibt keine Garantie, dass folgende Komplikationen ausgeschlossen sind:**

Eine Allgemeinanästhesie stellt für das Pferd ein Risiko dar, da eine Narkose große Anforderungen an das Herz, den Kreislauf und die Atmung stellt.

Eine notwendige Maßnahme ist es, die Vene am Hals Ihres Pferdes mit einem Katheter zu versehen, um durch diesen Medikamente zu applizieren. In seltenen Fällen kommt es dabei zu einer Venenentzündung, die schwerwiegende Folgen haben kann.

Die Aufwachphase nach der Narkose kann speziell beim Pferd eine Problematik darstellen, da es wieder auf die Beine kommen muss. Diese Phase kann unkoordiniert verlaufen und auch zu schwerwiegenden Verletzungen oder zum Tod führen.

Durch das große Gewicht des Pferdes kann es zu Druckschäden an Nerven und Muskulatur kommen.

Aufgrund unserer langjährigen Erfahrung mit Pferdenarkosen unternehmen wir alles, um Komplikationen zu verhindern. Die Narkosen werden von ausgebildeten Spezialisten/innen nach den neuesten Erkenntnissen durchgeführt und mit modernsten Geräten überwacht.

Nach einer Operation kann es in ganz seltenen Fällen bei gestressten Pferden, die zudem mit Antibiotika behandelt werden müssen, zu lebensbedrohenden Durchfallerkrankungen (Colitis X) kommen. Die regelmäßige Überwachung, sowie prophylaktische Maßnahmen sollen dies in unserer Klinik verhindern.

Störungen der Wundheilung sind bei Pferden trotz aller hygienischen Maßnahmen möglich.

Leider können während eines Klinikaufenthaltes Erkrankungen aller Art (Entzündungen, Infekte, Hufrehe u.a.) auftreten. Durch die regelmäßige Überwachung werden diese jedoch umgehend bemerkt und entsprechend behandelt.

Die aufgeführten Komplikationen sind auf sehr wenige Einzelfälle beschränkt. Trotzdem halten wir es für unsere Pflicht, Sie über die Problematik aufzuklären.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich über die betreffenden Risiken aufgeklärt wurde; alle anfallenden Fragen wurden mir beantwortet.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Besitzer/ Bevollmächtigter

# Pferdeklinik Tappendorf

Dr. med. vet. Jörg-Peter Belz  
Fachtierarzt für Pferde

Holnweg 7  
24594 Tappendorf  
Tel.: 04871/763070  
Fax: 04871/46085

Pferdeklinik Tappendorf · Holnweg 7 · 24594 Tappendorf · info@pferdeklinik-tappendorf.de

Ort:

Datum:

## Abtretungserklärung

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit diesem Schreiben trete ich, \_\_\_\_\_, meine Forderung aus dem Schadensfall an meinem Pferd \_\_\_\_\_ an die Tierärztliche Klinik für Pferde Dr. Jörg-Peter Belz, Holnweg 7 in 24594 Tappendorf ab.

Schaden-Nr.: \_\_\_\_\_

Versicherungsschein-Nr.: \_\_\_\_\_

Für Rückfragen stehe ich telefonisch unter \_\_\_\_\_ zur Verfügung.

Ich wurde durch die Klinik darauf hingewiesen, dass für mich Restkosten aus der sich ergebenden Rechnung verbleiben können, welche nicht durch meinen Versicherungsvertrag abgedeckt sind. Mir ist bekannt, dass meine persönliche gesamtschuldnerische Haftung unabhängig von dieser Abtretung in voller Höhe bestehen bleibt.

Mit freundlichem Gruß

\_\_\_\_\_  
Unterschrift