



Dr. Jessica Roßgardt (prakt. TÄ) & Karina Jung (TFA)

Römerstraße 14-16

61389 Schmitten – Dorfweil

Mobil: 0151-29474186

E-Mail: info@hestadent.de

www.hestadent.de

Vollmacht zur Pferde Zahnbehandlung

1. Angaben zum Pferdebesitzer*in (Vollmachtgeber*in)

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon (Mobil): _____

2. Angaben zum Pferd

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Stallort: _____

3. Angaben zur bevollmächtigten Person

Name: _____

Anschrift: _____

4. Vollmachtserteilung

Hiermit bevollmächtige ich die oben genannte Person, mein Pferd zur Zahnbehandlung bei der **HestaDent Pferdedentalpraxis** am: _____ (Behandlungstag) vorzustellen.

Die bevollmächtigte Person ist berechtigt:

- Das Pferd dem Tierarzt vorzustellen.
- In notwendige diagnostische Maßnahmen (z.B. Röntgen) einzuwilligen.
- In die Durchführung der Zahnbehandlung (inkl. Sedierung) einzuwilligen.
- Entscheidungen über den Behandlungsablauf zu treffen.

5. Kostenerklärung

Ich verpflichte mich als Eigentümer des Pferdes, für alle im Rahmen dieser Behandlung entstehenden Kosten aufzukommen. Die Kosten sind am Behandlungstag fällig.

6. Erreichbarkeit

Ich bin am Tag der Behandlung unter der oben angegebenen Telefonnummer erreichbar, um über Rückfragen oder Behandlungsverläufe informiert zu werden.

7. Gültigkeit

Diese Vollmacht ist nur für den oben genannten Termin gültig.

Ort, Datum

Unterschrift Pferdebesitzer*in