



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): _____

E-Mail: _____

2. Angaben zum Pferd

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Stallort: _____

Bitte hinterlegen Sie bei der bevollmächtigen Person und/oder Stallbesitzer/in den **Equidenpass** Ihres Tieres, da wir diesen für die Identifikation des Tieres sowie für das Feststellen von Schlacht- und Impfstatus benötigen.

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.

6. Erreichbarkeit

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

Ort, Datum

Unterschrift Pferdebesitzer*in