

# Behandlungsvereinbarung

Über eine tierheilverpraktische Behandlung, Beratung und Untersuchung, sowie einer tierpsychologischen Beratung zwischen:

\_\_\_\_\_  
Name / Vorname Tierbesitzer / E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Straße / Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer und Mobil-Nummer

und der Tierheilpraxis:      HuKaPf®  
Tierheilpraktikerin  
Christine Stiff  
Am Batzenberg 15  
89233 Neu-Ulm

\_\_\_\_\_  
Name, Rasse und Alter des Tieres

Hund       Katze       Pferd (kein Schlachttier Equidenpass)       Tierart \_\_\_\_\_

weiblich       männlich       kastriert

Bestehen Krankheiten, Allergien, (Arzneimittel-) Unverträglichkeiten:    ja       nein

wenn ja, welche:  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name des behandelnden Tierarztes - Diagnose

Die Untersuchung und Behandlung erfolgt gemäß §611 Abs. 1 BGB:

„Durch den Dienstvertrag wird derjenige, welcher den Dienst zusagt, zur Leistung der versprochenen Dienste, der andere zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet.“

sowie §612 Abs. 1 BGB:

„Eine Vergütung gilt als stillschweigend vereinbart, wenn die Dienstleistung den Umständen entsprechend nur gegen eine Vergütung zu erwarten ist.“

Durch die Unterschrift bestätigt der Unterzeichnende, dass er als Auftraggeber für die Vergütung der Untersuchung/Behandlung aufkommt. Wenn der Auftraggeber nicht Eigentümer des untersuchten/behandelten Tieres ist und der Eigentümer die Vergütung übernimmt, soll der Eigentümer dem Auftraggeber seine Zustimmung durch Unterzeichnung des Vertrages bestätigen.

Ich habe die Allgemeinen Geschäftsbedingungen, die Datenschutzhinweise, die Behandlungsvereinbarung, sowie die Honorarvereinbarung zur Kenntnis genommen und erkläre mich damit einverstanden. Unterlagen, wie Behandlungs- und Ernährungspläne enthalten vertrauliche Informationen zwischen dem Tierbesitzer und der Tierheilpraktikerin Christine Stiff. Das Kopieren, Veröffentlichen und Weiterreichen der Behandlungsunterlagen ist unzulässig.

Ich bin über die durchzuführenden Behandlungen, bei Injektionen über deren Sinn und Zweck, sowie über etwaige Nebenwirkungen und Komplikationen aufgeklärt worden und mit der Behandlung einverstanden.

Ich bin mit einer neuraltherapeutischen Behandlung einverstanden und über deren Sinn und Zweck, sowie über etwaige Nebenwirkungen und Komplikationen aufgeklärt worden.

Ich bin mit der Behandlung von Blutegelein im Rahmen einer Blutegeltherapie einverstanden und über etwaige Nebenwirkungen und Komplikationen aufgeklärt worden.

-----  
Ort/Datum    Unterschrift Auftraggeber/Eigentümer

-----  
Ort/Datum    HuKaPf® – Christine Stiff