

Tierbesitzer/in

Name Vorname
 Adresse Ort
 Telefon E-Mail

Name 1. Katze

Rasse:

Farbe:

Geb.-Jahr:

Geschlecht: m / w kastriert: ja / nein

Impfungen: Schnupfen/Seuche Leukose
 Leukose-Test negativ

Fressgewohnheit: Trockenfutter / Nassfutter

Braucht ihre Katze Medikamente

Welche / wie oft.....
 (je nach Aufwand – Preisaufschlag)



Chip-Nr.:

Datum:

Datum:

Spezialfutter muss mitgebracht werden

ja / nein

Name 2. Katze

Rasse:

Farbe:

Geb.-Jahr:

Geschlecht: m / w kastriert: ja / nein

Impfungen: Schnupfen/Seuche Leukose
 Leukose-Test negativ

Fressgewohnheit: Trockenfutter / Nassfutter

Braucht ihre Katze Medikamente

Welche / wie oft.....
 (je nach Aufwand – Preisaufschlag)



Chip-Nr.:

Datum:

Datum:

Spezialfutter muss mitgebracht werden

ja / nein



Name 3. Katze

Rasse:

Farbe:

Geb.-Jahr:

Geschlecht: m / w kastriert: ja / nein

Impfungen: Schnupfen/Seuche Leukose
 Leukose-Test negativ

Fressgewohnheit: Trockenfutter / Nassfutter

Braucht ihre Katze Medikamente



Foto der Katze

Chip-Nr.:

Datum:

Datum:

Spezialfutter muss mitgebracht werden

ja / nein

Welche / wie oft.....
(je nach Aufwand – Preisaufschlag)

Spezielles zu den Katzen:.....
.....
.....
.....
.....

- Bezahlung bitte im Voraus. **An- und Abreisetage werden auch verrechnet**
- Beim Eintritt unbedingt den Impfpass für jedes Tier mitbringen!
- Bei Erkrankung oder Verletzung durch Artgenossen entbinden Sie uns von jeder Haftung und bevollmächtigen uns, auf Ihre Rechnung einen Tierarzt zu konsultieren.
- **Dies gilt auch für alle weiteren Aufträge**
- **AGB's gelesen und akzeptiert**

Tierarzt / Tel. der Katzen:

Datum: Unterschrift der Besitzer/in

