

VID ÅTERBESÖK: FYLL ENBART I ÄGARENS NAMN, PERSONNUMMER, HÄSTNAMN, EVENTUELL DIREKTREGLERING OCH SIGNATUR

Ägaruppgifter

Namn: _____ Personnr/orgnr: _____
Adress: _____ Postnr: _____ Ort: _____
Mobilnr: _____ Annan kontaktperson: _____
E-post: _____

Ifylles om annan än ägare är betalningsansvarig

Namn: _____ Personnr/orgnr: _____
Adress: _____ Postnr: _____ Ort: _____
Mobilnr: _____ E-post: _____

Hästens uppgifter

Namn: _____ Reg nr/chip nr: _____
Ras: _____
Född år: _____ Kön: _____ Vaccinerad: Ja Nej

JAG ÖNSKAR ATT DIREKTREGLERA DAGENS BESÖK MED FÖRSÄKRINGSBOLAG.

OBS! MÅSTE IFYLLAS VID VARJE BESÖK.

JA NEJ Vid JA fyll i nedan!

Ny skada Återbesök på tidigare anmäld skada

Agria Dina Folksam If Sveland Försäkringsnr eller personnr: _____

Vad skall hästen undersökas/behandlas för? _____

När visade sig sjukdomssymptom eller skada första gång? _____

Har hästen tidigare blivit undersökt/behandlad för liknande problem?

Vid JA, när och var: _____

Är du skyldig att redovisa moms för denna häst? Ja Nej

Smittskydd

Person som kommer till kliniken är skyldig att ange om hästen har svårläkta sår och om dessa behandlats med antibiotika. Även misstanke om annan smittsam sjukdom eller feber hos hästen eller hos andra hästar i samma stall skall anmälas.

Härmed överlämnar jag ansvaret till Mälaren Hästklirik för hästen beskriven ovan för undersökning, omhändertagande och behandling inklusive administrering av läkemedel samt i förekommande fall narkos och lugnande medel. Jag förstår och godkänner att, trots att Mälaren Hästklirik tar hand om min häst på bästa sätt, inte kliniken eller någon av kliniken anställd kan bli skyldig för förlust eller skada av min häst oavsett om orsaken härrör från behandling eller annan anledning. Jag förstår att behandlingar, narkos och kirurgi innefattar risker för hästen och att vid eventuella komplikationer efter utförda behandlingar eller operationer debiteras uppkomna kostnader djurägaren. Mälaren Hästklirik samråder

alltid med hästägaren/annan ansvarig för hästen angående nödvändiga undersökningar, behandlingar och andra åtgärder utom i de fall det är akut/livshotande och djurägaren inte kan nås i tid. Jag förbinder mig att betala samtliga uppkomna kostnader och är medveten om att jag själv är ansvarig för att löpande kontrollera de kostnader som uppstår samt att kostnadsuppgifter som ges ut i förhand är preliminära. Betalningsvillkor för faktura är 15 dagar. Jag vet att jag har rätt att ge ett kostnadstak för hästens vård och behandling. Observera att kliniken inte ansvarar för kvarlämnade täcken, grimskäft, benskydd och dylikt.

Datum: _____ Namnunderskrift: _____

Ort: _____ Namnförtydligande: _____