



**Tierarztpraxis Jörg Grafen**

In der Heide 24  
44267 Dortmund  
Telefon: 0 23 04 / 97 63-100  
Telefax: 0 23 04 / 97 61-930  
Mobil: 0176 / 70 56 42 76  
info@tierarztpraxis-grafen.de  
www.tierarztpraxis-grafen.de

## Behandlungsauftrag für die Behandlung eines Pferdes:

### Besitzer/Rechnungsempfänger

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Pferd

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ ID-Nummer gem.Pass: \_\_\_\_\_

Rasse: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_ Farbe: \_\_\_\_\_

Schlacht-/oder Nichtschlachtpferd: \_\_\_\_\_

Standort: \_\_\_\_\_

---

Hiermit bestätige ich den Behandlungsauftrag des o.g. Tieres.

Der Auftrag wurde der o.g. Tierarztpraxis am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Von mir als Tierbesitzer(in) / Rechnungsempfänger(in) erteilt.

\_\_\_\_\_  
Besitzer oder ermächtigte Person

\_\_\_\_\_  
Tierarzt