



**BrainCheck.Pet** – by Dr<sup>2</sup> Ben Berk

**Tierärztliche Beratungspraxis für Tierneurologie**

Dr. med. vet. Dr. rer. med. Benjamin-Andreas Berk MSc  
Sachsenstraße 103 · 68309 Mannheim  
Tel. 0341/22735558 Email: [info@braincheck.pet](mailto:info@braincheck.pet)

**ANMELDEBOGEN ZUR KONSULTATION (FERNMÜNDLICH/ VORSTELLIG)**

**Guten Tag, lieber Tierbesitzer!**

Wir begrüßen Sie und Ihr Tier recht herzlich bei **BrainCheck.Pet** und hoffen, daß Sie sich bei uns gut aufgehoben fühlen. Für Ihre Konsultation und unsere Kartei benötigen wir ein paar Informationen zu Ihrem Tier:

**Besitzer:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon- / Faxnummer: \_\_\_\_\_

Mobilfunknummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Patient:**

Name: \_\_\_\_\_ Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

Tierart: ( ) Hund ( ) Katze Andere: \_\_\_\_\_ Fellfarbe: \_\_\_\_\_

Geschlecht: ( ) Weiblich ( ) Männlich Kastrationsstatus:

( ) Ja ( ) Nein ( ) Chemisch

Geburtsdatum: \_\_\_\_ (DD). \_\_\_\_ (MM). \_\_\_\_ (YY) Chip-/ Tattoonummer: \_\_\_\_\_

Chronische Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Regelmäßige Medikamente: \_\_\_\_\_

**Hinweis: Für einen weiteren Patienten bitten wir Sie einen weiteren Bogen zu vervollständigen.**

## DATEN ZUR BERATUNG

Bitte geben Sie uns Auskünfte, welche Form der Beratung Sie wünschen. Sie können zwischen den Optionen, wie beschrieben unter der Rubrik „Konzept“ wählen.

### WENN MAN ALS TIERHALTER EINE ZWEITMEINUNG BRAUCHT.

#### VARIANTEN:

**(A) Epilepsie-Abklärungstermin mit persönlicher Vorstellung** – Standort bitte auswählen.

- Tierarztpraxis Strassenheim, Ortsstraße 5, 68259 Mannheim
- NapfCheck®, Poststr.6, 82152 Planegg
- Andere: \_\_\_\_\_

Zusätzliche Standorte werden auf der Homepage oder bei Facebook genannt.

**(B) Gutachterliche Tätigkeit – Tierepilepsie/ Tierneurologie:**

**(C) Epilepsie-Abklärungstermin ohne persönliche Vorstellung (in Kooperation ihrem Haustierarztes vor Ort).**

Ich bitte um die folgende fernmündliche Beratung:

- Epilepsie für Vierbeiner
- Epilepsie-Beratung für den Hund
- Epilepsie Beratung für die Katze
- Nutritives Management bei Hund und die Katze (+ Neurodiätetik)
- Sonstige: \_\_\_\_\_

(Bitte spezifizieren Sie ihr Anliegen!)

**(D) Tierärztliche Ernährungsberatung, anderer Schwerpunkt:**

\_\_\_\_\_

Mit meiner folgenden Unterschrift bestätige ich, meinen Auftrag zu einer Konsultation und die Inanspruchnahme der tierärztlichen Dienstleistung (fernmündlich/ vorstellig) nach den Gebühren der [GOT](#) 2017, skaliert nach zutreffenden Posten unter Zeitaufwand, Umfang und Ausmaß. Ich bitte um eine direkte Kontaktierung zur Terminvereinbarung nach den oben ausgewählten Varianten. Mir ist bewusst, dass ich im Voraus alle klinisch relevanten Unterlagen sammeln und per Email oder postalisch in Absprache übersenden muss, um dem jeweiligen Tierarzt einen vollständigen Einblick und so optimale Beratung ermöglichen zu können. Nur mit meiner Zuarbeit kann eine effiziente Beratung entstehen. Jegliche Folgekonsultation, Kommunikationen per Email, Telefon oder anderen multimedialen Medien, können dem Tierarzt potentiell in Rechnung gestellt werden. Mit diesen Bedingungen erkläre ich mich einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort