

Vollmacht für medizinische Notfälle

Angaben zum Pferd

Name: _____
Rasse: _____
Geschlecht: _____
Farbe: _____
Geburtsdatum: _____
Lebensnummer: _____

Angaben zum Besitzer

Name: _____
Adresse: _____
Telefonnummern: _____

In meiner Abwesenheit ist/sind die nachstehend benannte(n) Person(en) befugt, im Notfall einen Tierarzt mit der Behandlung meines Pferdes zu beauftragen und für eine medizinische Versorgung meines Pferdes gemäß meinen Anweisungen zu sorgen.

Name **1. bevollmächtigte Person** (z.B. Stallbesitzer): _____
Telefon: _____

Name **2. bevollmächtigte Person** (z.B. Reitbeteiligung): _____
Telefon: _____

Name **3. bevollmächtigte Person**: _____
Telefon: _____

Nach Möglichkeit sollte folgender **Tierarzt** die Behandlung übernehmen:

Name: _____
Adresse: _____
Telefon: _____

Ist der Tierarzt meiner ersten Wahl nicht erreichbar oder kann die Behandlung nicht übernehmen, wünsche ich eine Behandlung meines Pferdes durch folgenden Tierarzt:

Name: _____
Adresse: _____
Telefon: _____

Bei Nichterreichbarkeit der genannten Tierärzte darf im Notfall jeder andere Tierarzt hinzugezogen werden.

Es besteht eine *(zutreffendes bitte ankreuzen)*

Tierkrankenversicherung

OP-Versicherung

Lebensversicherung

Sollten die Behandlungskosten den versicherten Rahmen übersteigen oder sollte die Behandlung nicht durch eine Versicherung abgedeckt sein, wünsche ich die Fortführung der **Behandlung nur bis zu einer Summe von _____ Euro.**

Wenn die Behandlung meines Pferdes im Notfall aus Sicht des behandelnden Tierarztes die Einweisung in eine **Tierklinik** erfordert, stimme ich dem zu:

ja/nein (*unzutreffendes streichen*)

Bevorzugt soll mein Pferd in folgende Klinik überwiesen werden: _____

oder (*gegebenfalls bitte ankreuzen*):

Die Entscheidung, in welche Tierklinik mein Pferd erforderlichenfalls überwiesen wird, überlasse ich dem behandelnden Tierarzt

Sollte mein Pferd eine **Operation unter Vollnarkose** benötigen, wünsche ich die Einleitung der Operation:

ja/nein (*unzutreffendes streichen*)

Ist im Falle einer **Kolik** eine Operation notwendig, stimme ich der Operation zu:

ja/nein (*unzutreffendes streichen*)

Wenn im Rahmen einer Kolik-Operation die Entfernung von Darmabschnitten (Resektion) notwendig ist, stimme ich dem zu:

ja/nein (*unzutreffendes streichen*)

Besteht unter den vorliegenden Umständen aus Sicht des behandelnden Tierarztes kaum Aussicht auf Heilung und/oder leidet das Pferd aufgrund der vorliegenden Erkrankung an nicht kontrollierbaren Schmerzen dürfen die bevollmächtigten Personen gemeinsam mit dem Tierarzt über die **Euthanasie** (schmerzlose Tötung) meines Pferde entscheiden.

Sollte mein Pferd aus ungeklärter Ursache verstorben sein, wünsche ich eine Obduktion:

ja/nein (*unzutreffendes streichen*)

Zur Erinnerung an mein Pferd erbitte ich mir im Falle einer Euthanasie: _____

Ich erkläre, dass ich für die Kosten der tierärztlichen Versorgung meines Pferdes in meiner Abwesenheit aufkommen werde.

Ich vertraue der/den oben genannten, von mir beauftragten Person(en), dass diese in Absprache mit dem Tierarzt Entscheidungen in meinem Sinne treffen wird/werden.

Ich stimme vorsorglich allen Entscheidungen der oben genannten Personen und des beauftragten Tierarztes zu.

Unterschrift: _____

Datum: _____