



Das Katzenstüberl

Siedlungsstraße 6, 94569 Stephansposching
Tel: 0175 466 1407 • E-Mail: madame.schaefer@web.de

1. ANGABEN ZUM TIERHALTER

Vor- & Nachname:		Telefon / Mobil:	
Straße & Nr.:		E-Mail:	
PLZ & Ort:		Notfallkontakt:	

2. BETREUUNGSZEITRAUM

Bringen (Datum/Zeit):		Abholen (Datum/Zeit):	
-----------------------	--	-----------------------	--

3. ANGABE/N ZUR KATZE/N

Name der Katze:		Rasse & Farbe:	
Geburtsdatum / Alter:		Geschlecht / Kastriert:	
Gechipt / Tätowiert (Nr.):		Freigänger / Wohnungskatze:	
Letzte Impfung (Katzenseuche/schnupfen):		Letzte Wurm- & Flohkur:	
Vorerkrankungen / Allergien:		Dauermedikation (Dosis/Uhrzeit):	
Futtergewohnheiten (Marke/Menge):		Besondere Eigenheiten / Verhalten:	

4. TIERARZT & NOTFALLVOLLMACHT

Haustierarzt (Name, Ort, Tel.): _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben und erkenne die AGB der Katzenpension an.

Ort, Datum, Unterschrift des Tierhalters

Ort, Datum, Unterschrift Katzenstüberl