

Katzensitting - Stammblatt



Auftraggebende Person

Name, Vorname

Anschrift

e-Mailadresse

Telefonnummer

Katzen im Haushalt (Namen)

Weitere Tiere im Haushalt

Im Notfall

Haus-Tierarztpraxis (Name, Anschrift, Telefon)

Notfallkontakt (Name, Anschrift, Telefon)

Eine **Transportbox** befindet sich:

Anmerkungen / zusätzliche Vereinbarungen

☐

Ich erteile der Katzensitterin für die jeweils gebuchten Betreuungszeiten eine Vollmacht, im medizinischen Notfall alle notwendigen Entscheidungen zu treffen und Behandlungen einzuleiten. Diese Vollmacht gilt nur in Verbindung mit einer aktuellen Betreuungsvereinbarung für den jeweiligen Zeitraum und nicht für medizinische Eingriffe, die nicht dringend erforderlich sind.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Die AGB sowie Datenschutzerklärung habe ich vor Unterzeichnung zur Kenntnis genommen und akzeptiere diese. Mit der Speicherung der im Stammblatt für mich und meine Tiere angegebenen Daten bin ich einverstanden.

Datum

Unterschrift

Katzensitting - Stammblatt



Name	kastriert/sterilisiert	Geburtstag
	☐ Ja ☐ Nein	
Farbe / spezielle Merkmale	Geschlecht	
	☐ Männlich ☐ Weiblich	
Charakter, Gewohnheiten, Ängste		
Lieblingsfutter und -snacks		
Lieblingsspielzeug		
Lieblingsplätze und - verstecke	Freigänger	
	☐ Ja ☐ Nein	
Allergien/Unverträglichkeiten/Vorerkrankungen	Medikamente (was, wie oft)	

Name	kastriert/sterilisiert	Geburtstag
	☐ Ja ☐ Nein	
Farbe / spezielle Merkmale	Geschlecht	
	☐ Männlich ☐ Weiblich	
Charakter, Gewohnheiten, Ängste		
Lieblingsfutter und -snacks		
Lieblingsspielzeug		
Lieblingsplätze und - verstecke	Freigänger	
	☐ Ja ☐ Nein	
Allergien/Unverträglichkeiten/Vorerkrankungen	Medikamente (was, wie oft)	

Katzensitting - Stammblatt



Name	kastriert/sterilisiert	Geburtstag
------	------------------------	------------

☐ Ja ☐ Nein

Farbe / spezielle Merkmale	Geschlecht
----------------------------	------------

☐ Männlich ☐ Weiblich

Charakter, Gewohnheiten, Ängste

Lieblingsfutter und -snacks

Lieblingsspielzeug

Lieblingsplätze und - verstecke	Freigänger
---------------------------------	------------

☐ Ja ☐ Nein

Allergien/Unverträglichkeiten/Vorerkrankungen	Medikamente (was, wie oft)
---	----------------------------

Name	kastriert/sterilisiert	Geburtstag
------	------------------------	------------

☐ Ja ☐ Nein

Farbe / spezielle Merkmale	Geschlecht
----------------------------	------------

☐ Männlich ☐ Weiblich

Charakter, Gewohnheiten, Ängste

Lieblingsfutter und -snacks

Lieblingsspielzeug

Lieblingsplätze und - verstecke	Freigänger
---------------------------------	------------

☐ Ja ☐ Nein

Allergien/Unverträglichkeiten/Vorerkrankungen	Medikamente (was, wie oft)
---	----------------------------