

# BUCHUNG

MÄRCHENSCHLOSS MIAU

Dobmannstr.12

80993 München

Tel. 089 / 141 4346

Fax: 089 / 148 59 704

Mail: info@katzenpension-muenchen-

moosach.de

www.katzenpension-muenchen-moosach.de



Lieber Kunde, herzlich willkommen in der Katzenpension „Märchenschloss Miau“! Um eine optimale Betreuung ihres Lieblingen zu gewährleisten bitten wir vorab um einige Informationen.

Datum der Anreise: \_\_\_\_\_

Dauer des Aufenthalts: \_\_\_\_\_

Datum der Abreise: \_\_\_\_\_

Anzahl der Gäste: \_\_\_\_\_

## Frauchen/Herrchen

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

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

Tel.: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

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

## Kontaktperson während des Aufenthalts ihres Stubentigers im „Märchenschloss Miau“:

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

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

Tel.: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

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

## Gast

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

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

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

Geschlecht: männlich -kastriert  / weiblich -kastriert

Identifikation (Täto/Chip-Nr) \_\_\_\_\_

Vorhandene Impfungen: \_\_\_\_\_

Datum der letzten Entwurmung: \_\_\_\_\_

Datum der letzten Ektoparasitenprophylaxe (Flöhe, Ohrmilben

etc.): \_\_\_\_\_

Besonderheiten:

Allergien/Unverträglichkeiten:

Bekannte Erkrankungen:

Regelmäßige Medikamente:

Name des Medikaments:

Wie oft?: \_\_\_\_\_

Wie viel?: \_\_\_\_\_

Braucht ihr Tier eine spezielle Fütterung?

Welches Futter?

Märchenschloss Miau  
Dobmannstr.12  
80993 München

Tel. 089 / 141 4346  
Fax: 089 / 148 59 704  
Mail: info@katzenpension-hank.de

Volksbank Dachau  
BIC: GENODEF1DCA  
IBAN: DE03700915000000349950

<p><b>Weiterer Gast</b></p> <p>Name: _____</p> <p>Rasse: _____</p> <p>Geburtsdatum: _____</p> <p>Geschlecht: männlich-kastriert <input type="checkbox"/> / weiblich-kastriert <input type="checkbox"/></p> <p>Identifikation (Täto/Chip-Nr) _____</p> <p>Vorhandene Impfungen: _____</p> <p>Datum der letzten Entwurmung: _____</p> <p>Datum der letzten Ektoparasitenprophylaxe (Flöhe, Ohrmilben etc.): _____</p>	<p>Besonderheiten: _____</p> <p>Allergien/Unverträglichkeiten: _____</p> <p>Bekannte Erkrankungen: _____</p> <p>Regelmäßige Medikamente: _____</p> <p>Name des Medikaments: _____</p> <p>Wie oft?: _____</p> <p>Wie viel?: _____</p> <p>Braucht ihr Tier eine spezielle Fütterung? _____</p> <p>Welches Futter? _____</p>
---	---

Hiermit bestätige ich, dass alle Angaben nach bestem Wissen und wahrheitsgemäß beantwortet wurden und ich mit den AGB einverstanden bin.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift