

### Checkliste für Ihre individuelle Praxisbroschüre (Seite 1 von 2)

Nach einem persönlichen Telefonat erhalten Sie einen individuellen Gestaltungsvorschlag

Praxisname:	
Vor- und Nachname:	
Straße:	
PLZ:	Ort:
Telefon:	
E-Mail:	

**Tier-Punkt**  
Konzeption  
Webdesign  
Printprodukte  
Pressearbeit  
Fotografie

#### 1. Leistungsspektrum Ihrer Praxis (Felder bitte ankreuzen!)

<input type="checkbox"/> Akupunktur	<input type="checkbox"/> Lasertherapie
<input type="checkbox"/> Ambulanter Pflegedienst	<input type="checkbox"/> Lichttherapie
<input type="checkbox"/> Augenheilkunde	<input type="checkbox"/> Onkologie
<input type="checkbox"/> Computertomographie	<input type="checkbox"/> Physiotherapie
<input type="checkbox"/> Eigener Notdienst	<input type="checkbox"/> Röntgen
<input type="checkbox"/> EKG	<input type="checkbox"/> Sachkundenachweis nach Hundeges.
<input type="checkbox"/> Endoskopie	<input type="checkbox"/> stationäre Behandlung
<input type="checkbox"/> Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/> Tierkennzeichnung
<input type="checkbox"/> Geriatrie	<input type="checkbox"/> Ultraschall (Sonographie)
<input type="checkbox"/> Hausbesuche	<input type="checkbox"/> Ultraschall-Zahnsteinentfernung
<input type="checkbox"/> Homöopathie	<input type="checkbox"/> Vorsorgeuntersuchung Patellaluxation
<input type="checkbox"/> Impfberatung	<input type="checkbox"/> Weichteil-Chirurgie (z.b. Kastration)
<input type="checkbox"/> Inhalationsnarkose	<input type="checkbox"/> Welpenberatung
<input type="checkbox"/> Knochenchirurgie	<input type="checkbox"/> Zahnheilkunde
<input type="checkbox"/> Labor (inkl. Kot- Urin + Blutuntersuchung)	<input type="checkbox"/> Zugelassene SV-HD-Röntgenstelle

#### 2. Sonstige Leistungen:

#### 3. Sprechzeiten:

#### 4. Haus- oder Wunschfarbe Ihrer Praxisbroschüre

Farbe im Vordergrund:

Farbe im Hintergrund:

### Checkliste für Ihre individuelle Praxisbroschüre (Seite 2 von 2)

Nach einem persönlichen Telefonat erhalten Sie einen individuellen Gestaltungsvorschlag

#### Kurzbeschreibung Ihrer Praxis

Beschreibung der Räumlichkeiten (z.B. Behandlungsräume, OP-Raum, seit wann ortsansässig. usw.)

#### Ihr Team

Vor- und Zuname der Mitarbeiter, Berufsbezeichnung, kurze Beschreibung: seit wann in der Praxis, eigene Tiere usw.

#### Ihre Praxis

Nennen Sie Schwerpunkte und spezielle Serviceleistungen Stichwörter: z.B. 24h-Notdienst, spezielle technische Ausstattung, spezielle Operationstechniken usw.

#### Sonstige Wünsche

Herzlichen Dank für Ihren Auftrag und Ihr entgegengebrachtes Vertrauen.  
Der Datenschutz ist gewährleistet.

drucken

per E-Mail senden

per Fax an Presse-Punkt: 02158 - 40 82 55