

Aufnahmeformular / Behandlungsvertrag

Vor- und Nachname des Besitzers: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Patient

Rufname: _____ Geburtsdatum: _____

Tierart: Hund Katze Heimtier Vogel Sonstiges

Rasse: _____

Geschlecht: männlich weiblich kastriert

Farbe / Besonderheiten: _____

Vorerkrankungen / Unverträglichkeiten: _____

Tierkrankenversicherung: nein ja, bei Gesellschaft: _____

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres bin und berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung erforderlicher Untersuchungen, Behandlungen und Operationen abzuschließen. Ich versichere ferner, dass ich willens und in der Lage bin, die dadurch entstehenden Kosten zu tragen.

Sofern ich nicht Halter des Tieres bin, versichere ich, im ausdrücklichen Auftrag des Tierhalters zu handeln. Ich bestätige, dass ich für die entstehenden Kosten aus der Behandlung aufkommen werde.

Soweit es zur Diagnosefindung erforderlich ist, ermächtige ich die Praxis, Leistungen Dritter (Labore, Untersuchungsanstalten u. ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.

Für Schäden oder Verletzungen, die durch das eigene bzw. mitgebrachte Tier an Personen, Praxisinventar oder anderen Tieren verursacht werden, haftet der Tierhalter im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen.

Bei nicht rechtzeitig abgesagten Terminen behalten wir uns vor, ein Ausfallhonorar entsprechend der reservierten Behandlungszeit zu berechnen, sofern der Termin nicht anderweitig vergeben werden kann.

Wie möchten Sie bezahlen? Bar EC-Karte

Ort / Datum: _____

Unterschrift: _____

Einwilligungserklärung zur Datennutzung

Tierärztliche Praxis: Christiane Haimerl

Adresse: Kellerweg 7, 91154 Roth

Telefon: 09171 / 45 87

E-Mail: christiane.haimerl@tierarztpraxis-roth.de

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die tierärztliche Praxis Christiane Haimerl meine auf der Anmeldung angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages erhebt und verarbeitet. Die Datenverarbeitung erfolgt im Rahmen der eingesetzten Praxissoftware und auf Grundlage der geltenden gesetzlichen Bestimmungen.

Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken (bitte ankreuzen):

Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt werden dürfen.

Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig, im Rahmen tierärztlicher Überweisungen an andere Tierarztpraxen oder Tierkliniken übermittelt werden dürfen.

Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig, an Untersuchungslabore und Institute übermittelt werden dürfen.

Ich willige ein, dass mich die tierärztliche Praxis telefonisch, per Post oder per E-Mail über Laborergebnisse und Terminplanungen informiert.

Ort / Datum: _____

Unterschrift: _____