Aufnahmeformular

Kleintierpraxis
Anne Preising

Auftraggeber:

Name: .....

Vorname: .....

Straße: .....

PLZ/Ort: .....

Telefon: ..... Mobil: .....

E-Mail-Adresse: .....

Geb.-Datum: .....

Patient:

Rufname des Tieres: .....

Geb.-Datum: .....

Tierart: ☐ Hund ☐ Katze ☐ Sonstiges: .....

Rasse: .....

Geschlecht:

☐ männlich ☐ weiblich ☐ kastriert

Farbe: .....

Chip-Nummer: .....

Tierkrankenversicherung:

☐ nein ☐ ja, bei Gesellschaft: .....

Wie Sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

☐ Auf Empfehlung von: .....

☐ Internet: ☐ sonstiges: .....

Bitte wenden

Behandlungsvertrag

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und deshalb berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung erforderlicher Behandlungen und Operationen zu schließen. Ich versichere ferner, dass ich willens und in der Lage bin, die dadurch entstandenen Kosten zu tragen. Ich erkläre in diesem Zusammenhang, dass ich mich zum Zeitpunkt dieser Erklärung in keinem gerichtlichen Schuldenverfahren befinde, und dass das Schuldnerverzeichnis des für mich zuständigen Amtsgerichts keine Eintragungen über meine Person aufweist.

Sofern ich nicht Halter des Tieres bin, versichere ich, im ausdrücklichen Auftrag des Tierhalters zu handeln. Fehlt es an einer Bevollmächtigung, oder stellt der Tierhalter eine Bevollmächtigung in Abrede, bestätige ich hiermit, dass ich für die entstehenden Kosten aus der Behandlung aufkommen werde.

Zahlungsmodalitäten ☐ bar ☐ EC

Ort: ..... Datum: ..... Unterschrift: .....

Einwilligung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken gemäß Datenschutzgrundverordnung

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die Kleintierpraxis Preising meine auf der Anmeldung angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigung erhebt.

Weiter willige ich **freiwillig** in die Datennutzung zu folgenden Zwecken ein:

- die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungsverträge zu nutzen
- die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig, im Rahmen tierärztlicher Überweisungen an andere Tierarztpraxen und -kliniken zu übermitteln und auch Daten zur weiterführenden Diagnostik an Untersuchungslabore und -institute weiterzugeben
- dass mich die Kleintierpraxis Preising telefonisch über Laborergebnisse und Terminplanung informiert
- dass mich die Kleintierpraxis Preising per Post erinnert z.B. an jährliche Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen, Kastrationschip etc.
- dass die erhobenen Daten auch im Rahmen einer Weiterführung der Praxis durch einen Nachfolger weiter bestimmungsgemäß genutzt werden dürfen

Widerruf

Diese Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen oder abgeändert werden. Der Widerruf ist postalisch an uns zu senden. Eine Folge des Widerrufes kann dann jedoch sein, dass wir das Behandlungsverhältnis nicht mehr fortführen können.

Ort: ..... Datum: ..... Unterschrift: .....

Das Datenschutzinformationsblatt gemäß EU DSGVO habe ich erhalten.

Ort: ..... Datum: ..... Unterschrift: .....