

ANMELDEFORMULAR



Tierbesitzer

Vorname: _____ Nachname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Tierischer Patient

Patientenname: _____

Tierart (z.B. Hund, Katze): _____

Rasse (z.B. EKH, Labrador): _____

Fellfarbe: _____ Geschlecht: männlich weiblich

Kastriert: ja nein Geburtsdatum (falls unbekannt, bitte Alter schätzen): _____

Bekannte Chronische Erkrankungen:

Aktuelle Medikamentengabe, Dauermedikation:

BEHANDLUNGSVERTRAG

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und daher 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 entstehenden Kosten zu tragen. Ich erkläre in diesem Zusammenhang, dass ich mich zum Zeitpunkt dieser Erklärung in keinem gerichtlichen Schuldverfahren befinde und dass das Schuldnerverzeichnis des für mich zuständigen Amtsgerichtes 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 der Behandlung aufkommen werde.

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

Ich zahle die entstandenen Kosten sofort in bar oder per EC-Karte. Mir ist bekannt, dass der Praxis ein Zurückhaltungsrecht an dem behandelten Tier zusteht, wenn ich nicht bereit oder dazu in der Lage bin, die durch die Behandlung des Tieres entstandenen Kosten in bar oder per EC-Karte zu zahlen.

Ohne Unterschrift des Behandlungsvertrages ist keine Behandlung möglich!

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____

Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass die Tierarztpraxis Gernsheim, Claus-Kroencke-Straße 36, 64579 Gernsheim (verantwortliche Tierärztin Monika Grafl) meine auf der Anmeldung angegeben, personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhebt.

Für jede darüber hinaus gehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung weiterer Informationen, ebenso für eine Weiterleitung an dritte bedarf es regelmäßig Ihrer Einwilligung. Eine solche Einwilligung können Sie nachfolgend erteilen

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 im Rahmen tierärztlicher Überweisungen an andere Tierarztpraxen, -kliniken übermittelt werden dürfen.
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich im Rahmen weiterführender Diagnostik an Untersuchungslabore und Institute übermittelt werden dürfen.
- Ich willige ein, dass mich die Tierarztpraxis Gernsheim, Claus-Kroencke-Straße 36, 64579 Gernsheim, telefonisch und per E-Mail über Laborergebnisse und Terminplanung informiert.
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch im Rahmen einer Weiterführung der Praxis durch einen Nachfolger weiter bestimmungsgemäß genutzt werden dürfen.

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____