



Aufnahmeformular

Herzlich willkommen!

Zur EDV-Erfassung bitten wir Sie um nachfolgende Angaben, welche selbstverständlich der strengen ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Zudem unterliegt die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten den Datenschutzvorschriften. Detaillierte Angaben hierzu liegen in der Praxis aus, und finden sie auf unserer Homepage.

Besitzer/Auftraggeber

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____ E-Mail: _____ Telefon: _____ Mobil: _____

Patient

Name: _____ Tierart: _____ Rasse: _____

Chip-Nr.: _____ Farbe: _____ Geburtsdatum: _____

Geschlecht: männlich weiblich kastriert: Ja Nein

Kaninchen Haltererklärung: Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass das/die Kaninchen nicht zur Lebensmittelgewinnung gehalten werden. Unterschrift: _____

Hat Ihr Tier eine Krankenversicherung?

Nein Ja, bei: _____ OP-Kostenversicherung Vollversicherung

Sind bei Ihrem Tier Erkrankungen, Unverträglichkeiten oder Allergien bekannt?

Nein Ja: _____

Bekommt Ihr Tier bereits Medikamente? Nein Ja: _____

Zahlungsmöglichkeiten: Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass Behandlungen und Medikamentenabgaben grundsätzlich nicht auf Rechnung erfolgen. Sie können bei uns in bar oder mit ihrer EC-Karte zahlen. Eine direkte Abrechnung durch uns mit der Tierkrankenversicherung erfolgt nur in Ausnahmefällen und mit einer Kostenübernahmeerklärung der Versicherung.

Einwilligung: 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 entstehenden 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. 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 weiterer Diagnostik an Labore und Institute übermittelt werden dürfen. Ich willige ein, dass mich die Kleintierpraxis an der Pfennigbreite, telefonisch, per E-Mail oder per Post über Laborergebnisse und Terminplanung informiert.

Die Datenschutzhinweise/Informationen gem. Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) habe ich erhalten (siehe Aushang und Homepage).

Deren Kenntnisnahme bestätige durch meine Unterschrift

Datum, Unterschrift