

Aufnahmeformular

(für unsere Patientenkartei erbitten wir folgende Angaben:)

Auftraggeber:

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Email: _____

Tier:

Tierart: Hund Katze Sonst: _____

Rasse: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: männlich weiblich kastriert

bekannte Erkrankungen: _____

Dauermedikamente: _____

Hiermit versichere ich, dass ich Halter des Tieres und deshalb berechtigt bin, einen Vertrag über 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 keiner 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 Tierhalter 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, ermächte ich den Inhaber und die Mitarbeiter der Praxis, Leistungen Dritter (Labors, Spezialuntersuchungsanstalten u.ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.

Ich zahle die entstehenden Kosten sofort in bar oder per EC-Karte. Mir ist bekannt, dass der Praxis ein Zurückbehaltungsrecht 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.

Datum/Unterschrift _____

Einwilligungserklärung Datenschutz

Mit der Unterschrift willige ich darin ein, dass die tierärztliche Praxis Dr. B. Hohl und L. Eckstein meine auf der Anmeldung angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigung erhebt, dass die erhobenen Daten im Rahmen tierärztlicher Überweisungen an andere Tierarztpraxen und -kliniken, im Rahmen weiterführender Diagnostik an Untersuchungslabore und Institute übermittelt werden dürfen und mich die Praxis Dr. B. Hohl und L. Eckstein telefonisch, per Post oder per Email über Laborergebnisse und Terminplanungen informiert.

Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch im Rahmen einer Weiterführung der Praxis durch einen Nachfolger weiter bestimmungsgemäß genutzt werden dürfen.

Ich erteile mein Einverständnis, dass alle zur Rechnungsstellung notwendigen Daten sowie Angaben zu erbrachten Leistungen und die dazugehörigen Diagnosen an die Tvh Heide r.V. weitergeleitet und die Rechnungsforderungen an diese zum Einzug angetreten werden.

Sie haben grundsätzlich das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragbarkeit, Widerruf und Widerspruch. Ihr Recht auf Einschränkung der Verarbeitung beinhaltet die Befugnis Ihre Einverständniserklärung zur Weiterleitung Ihrer Daten an Dritte zu widerrufen.

Hiermit erteile ich mein Einverständnis:

Vorname/Nachname Patientenbesitzer/in

Ort, Datum

Unterschrift Patientenbesitzer/in