

Tierarztpraxis Dr. Med. Vet. Christine Gräser – Lindenstr. 3 – 67731 Otterbach-Sambach – 06301/792814

Besitzer:

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ Hausnummer: _____
PLZ: _____ Wohnort: _____
Telefon: _____ Mobil: _____
E-Mail: _____ Geb.-Datum: _____

Patient:

Hund () Katze () Heintier ()
Name: _____ Rasse: _____
Farbe: _____ Geb.-Datum: _____
Mikrochipnummer: _____
Männlich () weiblich () kastriert ()
Tierkrankenversicherung/Operations-Versicherung: _____
Versicherungsanbieter: _____
Versicherungsnummer: _____
Stammt das Tier aus dem Ausland? _____
Wenn, ja aus welchem Herkunftsland: _____

Krankengeschichte:

Allergien/Medikamentenunverträglichkeit: _____
Chron. Erkrankungen: _____
Bereits erfolgte Operationen: _____
Dauermedikamente: _____

Grund des heutigen Besuchs:

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 entstehenden Kosten zu tragen.

Der Patientenbesitzer/in wird darüber informiert, dass die Behandlung nach den jeweils geltenden Gebührenordnungen für Tierärzte (GOT) abgerechnet wird. Sofern ein Kostenvoranschlag gewünscht ist, muss dieser **vor Beginn der Behandlung ausdrücklich angefordert und besprochen** werden. Nachträgliche Änderungen oder Rückforderungen aufgrund nicht vorab besprochener Kosten sind ausgeschlossen.

Der Patientenbesitzer/in erklärt sich damit einverstanden.

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.

Soweit es zur Diagnosefindung erforderlich ist, ermächtige ich den Inhaber und die Mitarbeiter der Praxis, Leistungen Dritter (Labors, Spezialuntersuchungsstätten 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.

Datum, Unterschrift

Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken

Tierarztpraxis Dr. Med. vet. Christine Gräser
Lindenstr. 3
67731 Otterbach – Sambach
Tel.: 06301-792814
Fax.: 06301-792820
E-Mail: info@tierarztpraxis-graeser.de

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

Für jede darüberhinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen, ebenso für eine Weiterleitung an Dritte, bedarf es regelmäßig Ihrer Einwilligung. Eine solche Einwilligung können Sie nachfolgend freiwillig erteilen.

Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken

Ich willige ein,

- dass die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt werden dürfen.
- dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen tierärztlicher Überweisungen an andere Tierarztpraxen oder Tierkliniken übermittelt werden dürfen.
- dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen weiterführender Diagnostik an Fremdlabore und Fremdinstitute übermittelt werden dürfen.
- dass mich die Tierarztpraxis telefonisch über Laborergebnisse und Terminplanung informiert.
- dass mich die Tierarztpraxis per E-Mail/SMS informiert

Ort/Datum

Unterschrift