

Anmeldeformular

Für unsere Patientenkartei erbitten wir folgende Angaben:
(bitte in Druckschrift ausfüllen!)

Auftraggeber:

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mailadresse: _____

Patient 1:

Rufname des Tieres: _____ Geb.Datum: _____

Tierart: Hund Katze Sonstiges : _____

Rasse: _____

Gewicht: _____

Geschlecht: m w kastriert

Farbe: _____

Kennzeichnung:

Tätowierung: _____ MikrochipNr. _____

Besonderheiten _____

Unverträglichkeiten (soweit bekannt): _____

Tierkrankenversicherung: nein ja, bei Gesellschaft: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

(Für weitere Patienten bekommen Sie ein zusätzliches Formular s. Rückseite)

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. 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, Spezialuntersuchungsanstalten u. ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.

Ich zahle die entstehenden Kosten sofort in bar, per EC-Karte oder per Kreditkarte.

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, per EC-Karte oder per Kreditkarte zu zahlen.

Die Datenschutzhinweise sind mir vorgelegt worden, auf Wunsch auch ausgedruckt worden. Ich habe diese zur Kenntnis genommen.

Müllheim, _____

Datum / Unterschrift

Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken

Tierärzte IVC Evidensia GmbH
Kleintierpraxis Müllheim
Hügelheimer Str. 34
79379 Müllheim
07631 170358
info@kleintierpraxis-muellheim.de

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die Tierärzte IVC Evidensia GmbH Kleintierpraxis Müllheim (verantwortlich: Dr. Anke Woesler) meine auf dem Anmeldeformular angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhebt.

Für jede darüber hinausgehende 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:
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen tierärztlicher Überweisungen an andere Fachtierarztpraxen oder Tierkliniken übermittelt werden dürfen.
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen weiterführender Diagnostik an Untersuchungslabore und Institute übermittelt werden dürfen.
- Ich willige ein, dass mich die Tierärzte IVC Evidensia GmbH Kleintierpraxis Müllheim telefonisch oder per Mail über Laborergebnisse und Terminplanung informiert.
- Ich willige ein, dass mich die Tierärzte IVC Evidensia GmbH Kleintierpraxis Müllheim per Post informiert.
- Ich willige ein, dass mich die Tierärzte IVC Evidensia GmbH Kleintierpraxis Müllheim per Mail (z.B. für Impferinnerung, Terminabsprachen, keine Werbung !) informiert.

s. Rückseite

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

Müllheim, _____
Datum / Unterschrift