

Patientenaufnahmeschein / Aufnahmeformular - Tierbestand

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

Tierhalter

Name, Vorname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Tel.: _____

Email: _____

HIT-Registrier-Nr.: _____

TSK-Nr.: _____

Tierbestand

Tierart: _____

Rasse: _____

Tierzah: _____

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, Spezial- untersuchungsanstalten 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.

(Ort/Datum)

(Unterschrift)

Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken

Tierärztliche Praxis: Dr. med. vet. Michaela
Hümmelchen Straße: St. Josef Str. 23
PLZ/Ort: 53783 Eitorf
Telefon: 02243/2343
Fax: 02243/2433
E-Mail: info@tierarztpraxis-huemmelchen.de

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die tierärztliche Praxis Dr. Michaela Hümmelchen meine auf der Anmeldung 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 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 Tierarztpraxen, -kliniken 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 tierärztliche Praxis Dr. Michaela Hümmelchen telefonisch über Laborergebnisse und Terminplanung informiert.

Ich willige ein, dass mich die tierärztliche Praxis Dr. Michaela Hümmelchen per Post/Email informiert.

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

Name, Vorname: _____

Ort/Datum _____ Unterschrift _____