



Tierärztliche Praxis Bad Zwischenahn



Tierärztliche Gruppenpraxis - Diekweg 4-26160 Bad Zwischenahn-Tel 04403 23 81- Fax 04403 63104
tierarztpraxisbadzwischenahn@ewetel.net

Kleintierpraxis

Dr. A. Brugmans

Pferdepraxis

Dr. F. Brugmans, Fachtierarzt für Chirurgie
und Dr. A. Hullmann, Zahnheilkunde Pferd

Patientenaufnahmeschein / Aufnahmeformular

Für unsere Patientenkartei erbitten wir folgende Angaben: Kundennummer:

Name des Auftraggebers: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Name des Tieres: _____ Geb.Datum: _____

Tierart: Hund Katze Pferd Sonstiges: _____

Rasse: _____ Gewicht: _____ Geschlecht: m w kastr.

bei Pferden: Schlachtpferd Nicht Schlachtpferd

Lebensnummer: _____ ChipNr.: _____

Farbe/Besonderheiten: _____

Unverträglichkeiten (soweit bekannt): _____

Überwiesen von: _____

Tierkrankenversicherung: nein ja, bei Gesellschaft: _____

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.

Dem Auftraggeber ist bekannt, dass die Untersuchung und Behandlung mit Risiken verbunden sind. Er wird ermuntert, den Tierarzt auf Unklarheiten aufmerksam zu machen und ihn gegebenenfalls um Aufklärung zu bitten. Der Auftraggeber erklärt sein Einverständnis mit den zur Durchführung der Untersuchung und Therapie erforderlichen Eingriffen.

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 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.

Dieser Vertrag findet auch beim Abschluss zukünftiger Behandlungsverträge zur Untersuchung und Behandlung weiterer Tiere Anwendung.

Datum/ Unterschrift

Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken

Tierärztliche Praxis Bad Zwischenahn, Diekweg 4, 26160 Bad Zwischenahn,
Telefon 04403 2381 , Fax 04403 63104
E-Mail tierarztpraxisbadzwischenahn@ewetel.net

Name, Vorname: _____

Straße, HausNr. _____

Wohnort: _____

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die tierärztliche PraxisBad Zwischenahn 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 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 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 tierärztliche Praxis Bad Zwischenahn telefonisch über Laborergebnisse und Terminplanung informiert.

Ich willige ein, dass mich die tierärztliche Praxis Bad Zwischenahn per Post informiert.

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

Bad Zwischenahn, den _____ Unterschrift _____