

Grüß Gott, liebe Patientenbesitzer,

Herzlich Willkommen in unserer tierärztlichen **Fachpraxis für Kleintiere** !
Damit wir uns optimal um Sie und Ihr Haustier kümmern können, benötigen wir einige Daten von Ihnen und Ihrem Liebling. Diese u.g Daten werden in unserer EDV elektronisch gespeichert und verarbeitet. Die Daten unterliegen selbstverständlich vollständig der tierärztlichen Schweigepflicht, an die alle Mitarbeiter dieser Praxis gebunden sind. Für externe Dienstleistungen (z.B Laboruntersuchungen, Pathologien, Überweisungen) kann es jedoch notwendig werden, diese Daten ganz oder teilweise an Kollegen oder externe Dienstleister weiterzugeben. Zusätzlich erheben und verarbeiten wir Daten über die durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen Ihrer Tiere.



Besitzerangaben:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: __/__/____
Straße: _____ Nr. _____ Postleitzahl: _____ Ort: _____
Telefon: _____ Handy: _____ email: _____

Angaben zum Tier:

Name: _____ Tierart: _____
Rasse : _____ Geburtsdatum: _____
Geschlecht: männlich weiblich kastriert Farbe: _____
Geben Sie Ihrem Tier regelmäßig Medikamente? nein ja, _____
Sind Ihnen Vorerkrankungen/OP's Ihres Tieres bekannt? nein ja, _____
War Ihr Tier im Ausland (Urlaub/Herkunft)? nein ja, in _____
Besteht für Ihr Tier eine Krankenversicherung: nein ja, bei _____
Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? Gelbe Seiten „Die Münchner“
 Empfehlung durch: _____ Internet Zeitung
 Überweisender Tierarzt: _____

Gewünschte Zahlungsmöglichkeit:

Bar EC-Karte mit Geheimzahl
Gerne erstellen wir Ihnen jederzeit eine detaillierte Quittung, auf der alle Leistungen und Preise zzgl. MwSt. aufgelistet sind.

Bitte ankreuzen: Die allgemeinen Datenschutzhinweise habe ich gelesen und stimme diesen zu:

Bitte beachten Sie unbedingt die auf der Rückseite erforderlichen Erklärungen

Liebe Besitzer,

bitte haben Sie Verständnis, dass wir unsere **tierärztlichen Behandlungen** oder auch Medikamentenabgaben **nicht auf offene Rechnung** durchführen können. Wir verwenden unsere Zeit lieber und sinnvoller für unsere Patienten und Sie, als auf ein aufwändiges Rechnungswesen.

Ich bestätige, dass die oben gemachten Angaben richtig sind, ich der Eigentümer des oben genannten Tieres bin und auf eigene Rechnung handle. Ich bin mit den von mir gewählten Zahlungsmöglichkeiten einverstanden und erkläre in diesem Zusammenhang, dass ich mich zum Zeitpunkt dieser Erklärung in keinem gerichtlichen Schuldverfahren befinde und dass das Schuldnerverzeichnis, des für mich zuständigen Amtsgerichtes keine Eintragungen über meine Person aufweist.

Sofern ich nicht Halter des o.g Tieres bin, versichere ich ausdrücklich von diesem beauftragt bin. Fehlt es an einer Bevollmächtigung, oder stellt der Eigentümer die Vollmacht in Abrede werde ich für die Kosten aus der Behandlung aufkommen

Dieser Aufnahmebogen gilt analog für alle weiteren Tiere in meinem Besitz.

Soweit es zur Diagnosefindung notwendig ist, ermächtige ich den Inhaber und die Mitarbeiter der Praxis, Leistungen Dritter (z. B. Labor, Pathologen, Inkassounternehmen) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die tierärztliche Praxis Dr. Klaus Sommer 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

(bitte ankreuzen)

- 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. Sommer telefonisch über Laborergebnisse und Terminplanungen informiert.
- Ich willige ein, dass mich die tierärztliche Praxis/Klinik per Post informiert (z.B. Impferinnerungen).
- Die allgemeinen Datenschutzhinweise habe ich gelesen und stimme diesen zu.
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch im Rahmen einer Weiterführung der Praxis durch einen Nachfolger weiter bestimmungsgemäß genutzt werden dürfen.

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Nr. _____ Postleitzahl: _____ Ort: _____

München, _____

(Unterschrift)