Tierhaltererklärung

Dr. SOMMER
TIERARZTPRAXIS

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: _____

Nummer: _____

PLZ: _____

Wohnort: _____

Telefon: _____

Handy: _____

E-Mail: _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

☐ Gelbe Seiten ☐ „Die Münchner"

☐ Internet ☐ Zeitung

☐ Empfehlung durch:

_____

☐ Überweisender Tierarzt/Tierarztpraxis:

_____

ANGABEN ZUM TIER

Name: _____

Tierart: _____

Rasse: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ kastriert

Farbe: _____

Geben Sie Ihrem Tier regelmäßig Medikamente?

☐ nein ☐ ja, _____

Sind Ihnen Vorerkrankungen oder OPs Ihres Tieres bekannt?

☐ nein ☐ ja, _____

War Ihr Tier im Ausland (Urlaub/Herkunft)?

☐ nein ☐ ja, _____

Besteht für Ihr Tier eine Krankenversicherung?

☐ nein ☐ ja, bei _____

GEWÜNSCHTE ZAHLUNGSMÖGLICHKEIT

Wie möchten Sie die Behandlungskosten begleichen?

☐ Bar

☐ Karte mit Geheimzahl
ausgenommen: American Express

Gerne erstellen wir Ihnen jederzeit eine detaillierte Quittung, auf der alle Leistungen und Preise zzgl. der MwSt.aufgelistet sind.

Bitte kreuzen Sie an: ☐ Die allgemeinen Datenschutzhinweise habe ich gelesen und stimme diesen zu.

Tierärztliche Praxis Dr. Klaus Sommer | Heiglhofstr. 1a | 81377 München Großhadern
Tel: 089 710 490 70 | Fax: 089 710 490 72 | www.tierarzt-sommer.de | praxis@tierarzt-sommer.de

Tierhaltererklärung

Dr. SOMMER
TIERARZTPRAXIS

Liebe Patientenbesitzer,

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 worden zu sein. 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.

EINWILLLIGUNG IN DIE DATENNUTZUNG ZU WEITEREN ZWECKEN (Bitte kreuzen Sie an)

- ☐ **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: _____

Hausnummer: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Ort: _____

Unterschrift: _____

DRUCKEN | ANFAHRT BEI GOOGLE