



Fachtierärzte für Kleintiere – Fachtierärzte für Chirurgie
 Dr. med. vet. Christian Diekmann & med. vet. Philipp Schledorn
 Goebenstr. 52 - 32051 Herford – Telefon: 05221 55234 – E-Mail: info@tieraerztlicheszentrum-herford.de

Patientenaufnahmeschein (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Für unsere Patientenkartei erbitten wir folgende Angaben:

I. Tierhalter / Auftraggeber

Name / Vorname:	<input type="checkbox"/> Tel. Festnetz:
Geburtsdatum:	<input type="checkbox"/> Tel. Mobil:
Anschrift Straße, Nr.: PLZ, Ort:	<input type="checkbox"/> Email:

II. Tier / Patient

Name:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
Art / Rasse:	Mikrochip / Tätowierung :
Geburtsdatum:	Kastriert: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Farbe:	Gewicht:
Unverträglichkeiten (soweit bekannt):	
Tierkrankenversicherung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei Gesellschaft:	
Für Kaninchen- und Geflügelbesitzer: <input type="checkbox"/> mein Tier dient der Lebensmittelgewinnung	
Überweisender Tierarzt:	
Ich wünsche einen Bericht an meinen Tierarzt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Bitte wenden!

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 Schuldverfahren befinde und dass das Schuldnerverzeichnis des für mich zuständigen Amtsgerichts keine Eintragungen über meine Person aufweist.

Sofern ich nicht der 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 (Labore, Spezialuntersuchungsanstalten u.ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.

Zahlungsmöglichkeiten

Die entstehenden Kosten sind sofort zur Zahlung fällig. Dies erfolgt bar oder per EC-Cash, Kreditkartenzahlung sind nicht möglich oder bei Beträgen ab 200€ über die BFS, hierzu treten wir die Rechnung ,gegen Vorlage des Personalausweises, an genannte Verrechnungsstelle ab. Für die Rechnungsstellung stimmen Sie einer Bonitätsprüfung zu.

Sollte die Behandlung nicht direkt vor Ort gezahlt werden, nehme ich zur Kenntnis, dass diese an die Verrechnungsstelle abgetreten wird.

Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass das Tierärztliche Zentrum für Kleintiere Herford, Goebenstraße 52, 32051 Herford meine auf der Anmeldung angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhebt.

Für jede darüberhinausgehende 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.
- 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 das Tierärztliche Zentrum für Kleintiere Herford telefonisch, per E-Mail oder per Post über Laborergebnisse und Terminplanung informiert.

Herford, den __. __. ____

Unterschrift

Bitte wenden!