

Anmeldeformular

Tierärztliche Praxis Schwarz
Auf dem Kirchbüchel 3
53127 Bonn



Herzlich Willkommen in unserer Tierärztlichen Praxis,

Sie besuchen uns heute zum ersten Mal. Um Sie und Ihr Tier besser kennenzulernen, würden wir Ihnen gerne einige Fragen stellen. Bitte füllen Sie uns diesen Anmeldebogen in aller Ruhe aus und geben ihn anschließend wieder an der Anmeldung zurück. Diese Angaben unterliegen selbstverständlich der tierärztlichen Schweigepflicht.

Angaben zum/zur Tierbesitzer/in

Name:.....

Vorname:

Str. / Nr.:

PLZ / Wohnort:

.....

Geburtsdatum:.....

Telefonnummer:.....

Faxnummer:

Mobilfunknummer:

Email-Adresse:

Beruf:

Chronische Krankheiten?/Unverträglichkeiten?.....

Ist Ihr Tier geimpft? Ja Nein wann:.....

Ist Ihr Tier entwurmt? Ja Nein wann:

Muss Ihr Tier regelmäßig Medikamente nehmen? Ja Nein welche?

Ist Ihr Tier Freigänger (bei Katzen/Kaninchen)? Ja Nein

Tierkrankenversicherung? Nein Ja, bei Gesellschaft:

Bitte haben Sie Verständnis, dass alle Leistungen und Medikamente **sofort** nach jeder Behandlung abgerechnet werden. Unsere Leistungen werden nach der Gebührenordnung für Tierärzte abgerechnet.

Sie haben die Möglichkeit unter folgenden Zahlungsarten zu wählen: Bar EC

Bitte umblättern →

Angaben zum Tier

Name:.....

Art:

Rasse:

geb.: Gewicht:kg

Geschlecht: m w kastriert

Lebensmittellieferndes Tier? Ja Nein
(bei Kaninchen, Geflügel)

Überwiesen von / Haustierarzt(in) :

.....

Behandlungsvertrag:



Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich für das oben genannte Tier verfügungsberechtigt bin. 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 die Tierarztpraxis Schwarz, Leistungen Dritter (Labors, Spezialuntersuchungsanstalten u.ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben und akzeptiere die Zahlungsbedingungen. Ich erkläre, dass ich mich nicht in einem Insolvenzverfahren befinde.

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.

Bonn, den Unterschrift

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die Tierärztliche Praxis Schwarz meine auf dem Anmeldeformular 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.

Bitte ANKREUZEN!

Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken

- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt werden dürfen. (z.B. anderes Tier)
- 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.(notwendig für Blutuntersuchungen!)
- Ich willige ein, dass mich die tierärztliche Praxis Schwarz telefonisch über Laboregebnisse und Terminplanung und Terminänderung informiert.
- Ich willige ein, dass mich die tierärztliche Praxis Schwarz per Post informiert. (z.B. Quittungen, Rechnungen per Post verschicken)
- Hiermit erkläre ich ausdrücklich mein Einverständnis mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten in dem vorbeschriebenem Umfang und der beschriebenen Art und Weise (Pflicht)

Datum, Ort.....

Unterschrift.....