

# Aufnahme neuer Patienten



## Besitzer/Verantwortlicher Überbringer:

Name, Vorname:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Telefonnummer:

E-Mail:

## Patient:

Name:

Hund    Katze    andere Tierart:  
männlich    weiblich    kastriert    nicht kastriert

Rasse:

Geburtsdatum:

Sind Vorerkrankungen bekannt? Wenn ja, welche?

Bekommt das Tier regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?

Ist das Tier bei einer Tierkrankenversicherung versichert?

Nein    Ja    bei:

Ich bin mir bewusst, dass die Kosten am Tag der Behandlung in bar oder mit EC Karte beglichen werden.

Datum

Unterschrift

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die Tierarztpraxis Dr. Monika Weiß 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**

#### **Mit meiner Unterschrift willige ich ein,**

- dass die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt werden dürfen,
- dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen tierärztlicher Überweisungen an andere Tierarztpraxen, -kliniken übermittelt werden dürfen,
- dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen weiterführender Diagnostik an Untersuchungslabore und Institute übermittelt werden dürfen,
- dass die erhobenen Daten zur Registrierung Ihres Tieres an TASSO e.V. Tierregister übermittelt werden dürfen,
- dass mich die Tierarztpraxis Dr. Weiß telefonisch über Laborergebnisse und Terminplanung informieren darf.

Ort, Datum

Unterschrift

### **Behandlungsvertrag**

Ich versichere, dass ich der 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, das ich für die entstehenden Kosten der Behandlung aufkommen werde.

Soweit es zur Diagnosefindung erforderlich ist, ermächtige ich die Inhaberinnen und die Mitarbeiterinnen der Praxis, Leistungen Dritter (Labor, Spezialuntersuchungsanstalten u.ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.

Datum

Unterschrift