bpt bundesverband praktizierender tierärzte e.v.

Patientenaufnahmeschein / Aufnahmeformular

(Stand: April 2018)

Für unsere Patientenkartei erbitten wir folgende Angaben:
(bitte in Druckschrift ausfüllen!)

Name des Auftraggebers: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

fakultativ:

Telefon: _____

Beruf: _____ Geb.Datum: _____

Patient:

Rufname des Tieres: _____ Geb.Datum: _____

Tierart: ☐ Hund ☐ Katze ☐ Sonstiges: _____

Rasse: _____ Alter:____ Gewicht:____ Geschlecht: ☐ m ☐ w ☐ kastr.

Farbe/Besonderheiten: _____

Unverträglichkeiten (soweit bekannt): _____

Überwiesen von: _____

Tierkrankenversicherung: ☐ nein ☐ ja, bei Gesellschaft: _____

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

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 den Inhaber und die Mitarbeiter der Praxis, Leistungen Dritter (Labors, Spezialuntersuchungsanstalten u ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.

Ich zahle die entstehenden Kosten sofort in bar oder per EC-Karte. 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.

_____

Datum / Unterschrift

Tierärzte IVC Evidensia GmbH
Gewerbestr. 28
87600 Kaufbeuren

tierarztpraxis
Dr. Gang-Stiller

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR DATENNUTZUNG ZU WEITEREN ZWECKEN

Name: Vorname:

Die Tierärzte IVC Evidensia GmbH ist auf Grundlage gesetzlicher Bestimmungen dazu berechtigt, zum Zwecke der Durchführung des tierärztlichen Behandlungsvertrags meine personenbezogenen Daten zu erheben und zu verarbeiten. Sollten diese vor Übernahme durch die Tierärzte IVC Evidensia GmbH erhoben worden sein, wird hiermit die gesetzliche Informationspflicht zur Übernahme der Daten erfüllt (Art. 13 Abs. 3 DSGVO).

Insbesondere wird hier auf das Widerrufsrecht hingewiesen, welches jederzeit ohne Angabe von Gründen in Anspruch genommen werden kann. Wir möchten Sie jedoch darauf hinweisen, dass dadurch die Erfüllung des Vertrags und somit eine Behandlung Ihres Tieres nicht mehr möglich ist.

In einigen Fällen kann es notwendig sein, dass wir personenbezogene Daten an Dritte weitergeben müssen. Da nicht alle Zwecke der Datenweitergabe unter den Behandlungsvertrag fallen, möchten wir Sie um folgende freiwillige Einwilligungen bitten:

- ☐ Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt werden dürfen. Dies betrifft die Behandlung von evtl. weiteren Tieren neben den oben angegebenen.

- ☐ Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen tierärztlicher Überweisungen an andere Tierarztpraxen bzw. -kliniken übermittelt werden dürfen.

- ☐ Ich willige ein, dass mich die Tierarztpraxis Gang-Stiller telefonisch, per E-Mail oder per Post über Laborergebnisse und Terminplanung informiert und darüber hinaus diese Medien zur Kommunikation sowie Übermittlung von Daten, Befunden, Impferinnerungen und Rechnungen mit mir nutzt.

Die Entscheidungen können jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen oder abgeändert werden. Bitte senden Sie den Widerruf schriftlich an uns.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich die Datenschutzhinweise gelesen und verstanden habe. Zudem erkläre ich mich mit der von mir ausgewählten Datennutzung zu weiteren Zwecken einverstanden.

Ort/Datum _____ Unterschrift _____