



## ANMELDEBOGEN

Herzlich Willkommen in unserer Tierarztpraxis!

Zur Aufnahme in unsere Kundenkartei und zur EDV-Erfassung bitten wir Sie um die nachfolgenden Angaben zu Ihnen und Ihrem Tier. Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und die erhobenen personenbezogenen Daten werden nur im Rahmen der Praxis und der Gruppe genutzt.

### TIERBESITZER (ODER AUFTRAGGEBER)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_



E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Haustierarzt/ Überweisender Tierarzt: \_\_\_\_\_

### PATIENT

Name: \_\_\_\_\_ Rasse: \_\_\_\_\_

Tierart:      Sonstiges: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Farbe: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  weiblich  männlich kastriert?  ja  nein

Chipnummer: \_\_\_\_\_

Versichert?  ja  nein  Krankenversicherung  OP-Versicherung

## ZAHLUNGSMÖGLICHKEITEN

Die Bezahlung ist in **bar** oder per **EC-Karte/ Kreditkarte** möglich.

Die Zahlung der Behandlungen und Medikamentenabgaben ist direkt im Anschluss zu leisten.

Wir behalten uns eine Bonitätsprüfung vor Behandlungsbeginn vor.

Ratenzahlungen sind nur bei positiver Bonität über unsere Verrechnungsstelle möglich.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und akzeptiere die Zahlungsbedingungen.

Kaufbeuren-Neugablonz, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Bitte wenden für Datenschutzinformation 

# DATENNUTZUNGSEINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DES TIERHALTERS ZUR DATENNUTZUNG UND FREIGABE SEINER PERSONENBEZOGENEN DATEN

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass die **Tierärzte IVC Evidensia GmbH – Tierarztpraxis Dr. Gang-Stiller** meine auf dem Anmeldebogen angegebenen personenbezogenen Daten, die für die Erfüllung des Tierärztlichen Behandlungsvertrages erforderlich sind, auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigung erheben, nutzen und weiterverarbeiten darf. Auch die Tages-Tierklinik am Schillenberg gehört zur Gruppe und verfügt somit gleichermaßen über Ihre Daten.

Es 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.

---

### EINWILLIGUNG DER DATENNUTZUNG ZU WEITEREN ZWECKEN

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: **(bitte ankreuzen!)**

- 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 Dr. 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 sowie der allgemeinen Datennutzung zur Entstehung des Behandlungsvertrags einverstanden.

Kaufbeuren-Neugablonz, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_