



Patientenaufnahmeschein

Für unsere Kartei erbitten wir folgende Angaben:

TIERBESITZER

Vorname: _____

Nachname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____ Mobil: _____

Email-Adresse: _____

TIER

Name des Tieres: _____ Geburtsdatum des Tieres: _____

Tierart: Katze Hund Pferd andere _____ Lebensmittelgewinnung: ja nein

Rasse: _____ Fellfarbe: _____

Mikrochip-Nr.: / Tätowierung: _____ Geschlecht: weiblich / männlich
 kastriert (weiblich/männlich)

Kranken- / OP-Versicherung: ja nein

Wichtige Angaben bei Rechnungsstellung

Diagnose Transponder-Nr. pro Tier separate Rechnung

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.

Zudem erkläre ich mich einverstanden Gebühren, die bei Nichterscheinen oder beim kurzfristigen Verschieben von Terminen aus organisatorischen Gründen oder Kostengründen entstehen, zu begleichen.

Schrobenhausen, den _____

Datum

Unterschrift

Bitte wenden

Einwilligung zur Übermittlung an Daten an Dritte:

Soweit es zur Diagnosefindung erforderlich ist, ermächtige ich den Inhaber und die Mitarbeiter der Praxis, Leistungen Dritter (z.B. Labor) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.

ja nein

Einwilligung zur Abtretung von Forderungen an die Verrechnungsstelle:

Ich willige ein, dass der Tierarzt/Tierärztin zum Zweck der Einziehung und der gegebenenfalls gerichtlichen Durchsetzung der Forderung alle hierfür notwendigen Unterlagen und Daten, insbesondere Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Rechnungsbetrag, Behandlungsdokumentation, Laborrechnungen, Formulare etc. an die zuständige externe Verrechnungsstelle weiter geben darf. Die Datenverarbeitung erfolgt dabei auf der Rechtsgrundlage von Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe a) DSGVO. Diese Einwilligung ist freiwillig und kann ohne Angabe von Gründen verweigert werden, ohne dass Sie Nachteile zu befürchten hätten.

ja nein (nur Bar- oder EC-Kartenzahlung möglich)

Die Einwilligung kann jederzeit für die Zukunft auf jeglichem Kommunikationsweg widerrufen werden.

Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird durch den Widerruf nicht berührt. Insoweit entbinde ich den Tierarzt/Tierärztin ausdrücklich von seiner/ihrer tierärztlichen Schweigepflicht und stimme ausdrücklich zu, dass der Tierarzt//die Tierärztin die sich aus der Behandlung ergebende Forderung an die tierärztliche Verrechnungsstelle abtreten kann.

Einwilligung in die Übersendung von Informationen per Email, SMS und Postsendungen und die zeitlich unbegrenzte Verarbeitung personenbezogener Daten:

Ich willige ein, dass der Tierarzt/die Tierärztin meine Email-Adresse zum Zwecke der Informationen über tierärztliche Leistungen oder Erinnerungen zu Terminen (z.B. Impfungen) zeitlich unbegrenzt verarbeiten darf. Diese Einwilligung ist freiwillig und kann ohne Angabe von Gründen verweigert werden, ohne dass Sie Nachteile zu befürchten hätten.

ja nein

Die Einwilligung kann jederzeit für die Zukunft auf jeglichem Kommunikationsweg widerrufen werden.

Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird durch den Widerruf nicht berührt.

Schrobenhausen, den _____
Datum

Unterschrift