

Patientenaufnahmeschein:

Zur Erfüllung des Untersuchungs-/Behandlungsvertrages, ggf. Forderungsmanagement u.ä. erbitten wir für korrekte Einträge in unsere Patientendatei und die Rechnungserstellung folgende Angaben

| | | | |
|--|--|------------------------|--------------|
| Angaben zum Auftraggeber: | | | |
| Name | Vorname | Geburtsdatum | |
| Straße | PLZ | Wohnort | |
| Telefon privat | *Telefon dienstlich | | |
| Mobiltelefon | *E-Mail | | |
| *freiwilliger Eintrag | | | |
| Angaben um Patienten: | | | |
| Rufname des Tieres | Tierart/Rasse | bei Katzen Freigänger? | Geburtsdatum |
| Geschlecht: m w | kastriert: ja nein | | |
| Farbe | Tatowier-Nr./Chip-Nr. | Gewicht | |
| chronische Erkrankungen/Dauermedikamente | | | |
| Tierkrankenversicherung: Falls ja – Versicherungsgesellschaft, Versicherungsschein-Nr.: | | | |
| Nein Ja | | | |
| Dient das Tier zur Lebensmittelgewinnung, gehört es zu einem wirtschaftlichen Bestand oder | | | |
| Wird es sonst gewerblich oder beruflich genutzt? Nein Ja Weiß ich nicht | | | |

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistungen der Praxis zu schließen. Falls 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 aufkomme.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Personalien und gebe den Auftrag zur Untersuchung/Behandlung bzw. Operation des o.g. Tieres. Falls es zur Diagnosefindung erforderlich ist, ermächtige ich die Praxis, Leistungen Dritter (Labors, Spezialuntersuchungsanstalten u. Ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen

| | |
|---------------|--------------------------------|
| Datum: | Unterschrift |
| | Name in Druckbuchstaben |

Wir schreiben keine Rechnungen! Alle Behandlungen müssen sofort in Bar oder mit EC-Karte bezahlt werden!

Ich habe dieses zu Kenntnis genommen

E-Mail: kontakt@kleintierpraxis-tinius.de
Internet: www.kleintierpraxis-tinius.de
USt.-IDNr. DE174907214

Zuständige Aufsichtsbehörde und Schlichtungsstelle:
Tierärztekammer Niedersachsen
Fichtestr. 13, 30625 Hannover
Homepage: www.tknds.de

Gesetzliche Berufsbezeichnung:
Tierärztin lt. Approbation, verliehen
in Deutschland

Berufsrechtliche Regelungen:
Berufsordnung der Tierärztekammer
Niedersachsen, einsehbar auf deren
Homepage

Behandlungsvertrag

Für: Name des Tieres _____

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.

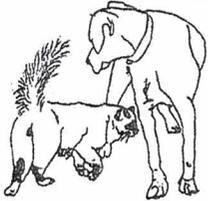
Soweit es zur Diagnosefindung erforderlich ist, ermächtige ich den Inhaber und die Mitarbeiter der Praxis, Leistungen Dritter (Labors, Spezialuntersuchungsanstalten u.ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.

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

Name in Druckbuchstaben

Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken

| | | |
|-----------------------------|-----------------------------------|---|
| Tierärztliche Praxis/Klinik | Dr. Heide Gisela Tinius |  |
| Straße | Erichstraße 20 | |
| PLZ/Ort | 28816 Stuhr | |
| Telefon/Telefax | 0421/8943000 FAX: 0421/8943005 | |
| E-Mail | kontakt@kleintierpraxis-tinius.de | |

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die tierärztliche Praxis/Klinik Dr. Heide-Gisela Tinius (verantwortlich: Dr. Heide-Gisela Tinius) 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

(bitte ankreuzen)

- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt werden dürfen:
- 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.
- Ich willige ein, dass mich die tierärztliche Praxis/Klinik Dr. Tinius telefonisch über Laborergebnisse und Terminplanung informiert.
- Ich willige ein, dass mich die tierärztliche Praxis/Klinik Dr. Tinius per Post informiert.
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch im Rahmen einer Weiterführung der Praxis durch einen Nachfolger weiter bestimmungsgemäß genutzt werden dürfen.

Ort/Datum _____

Unterschrift _____

Name in Druckbuchstaben