



Patientenaufnahmeschein & Behandlungsvertrag

Für korrekte Einträge in unsere Patientendatei und die Rechnungserstellung erbitten wir die folgenden Angaben. Vielen Dank für Ihre Mühe!

| Angaben zum Auftraggeber/Tierbesitzer : | | |
|--|---------|---------|
| Name | Vorname | |
| Straße | PLZ | Wohnort |
| Mobil | Telefon | |
| E-Mail-Adresse | | |

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Nachbarn Internet Instagram/Facebook Sonstiges:

| Angaben zum Hund | |
|---|--|
| Name | Rasse |
| Geschlecht | <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> kastriert/sterilisiert |
| Geburtsdatum/Alter | |
| Unverträglichkeiten/Krankheiten | |
| Regelmäßige Gabe von Medikamenten | |
| Auslandsaufenthalte? | |
| Tierkrankenversicherung <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, bei: | |
| Letzte Entwurmung | Letzte Impfung |

| Angaben zur Katze | |
|---|--|
| Name | Rasse |
| Geschlecht | <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> kastriert/sterilisiert |
| Geburtsdatum/Alter | |
| Unverträglichkeiten/Krankheiten | |
| Regelmäßige Gabe von Medikamenten | |
| Freigänger? | |
| Tierkrankenversicherung <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, bei: | |
| Letzte Entwurmung | Letzte Impfung |

| Angaben zum Patienten (Meerschweinchen, Kaninchen, ...) | |
|--|--|
| Name | Rasse |
| Geschlecht | <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> kastriert/sterilisiert |
| Geburtsdatum/Alter | |
| Unverträglichkeiten/Krankheiten | |
| Regelmäßige Gabe von Medikamenten | |
| Letzte Impfung | |



Behandlungsvertrag

Ich versichere, dass ich der Halter des o.a. Tieres / der o.a. Tiere bin 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. Eine Mithilfe bei der Behandlung erfolgt freiwillig und unter Ausschluss jeglicher Haftung, soweit zulässig.

Soweit es zur Diagnosefindung erforderlich ist, ermächtige ich den Inhaber und die Mitarbeiter der Praxis, Leistungen Dritter (Labore, Spezialisten, Überweisungskliniken 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. Ich nehme zur Kenntnis, dass sich die Tierarztpraxis vorbehält, gegen Vorkasse tätig zu werden und dass nur nach vorheriger Absprache mit dem diensthabenden Tierarzt in Ausnahmefällen eine Zahlung auf Rechnung bzw. Ratenzahlung möglich ist. Wenn nicht anders vereinbart, sind Rechnungen sofort fällig und müssen spätestens innerhalb einer Woche beglichen werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die in der Tierarztpraxis Dr. Busch Kleinmachnow ausliegenden Datenschutzhinweise gemäß EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) zur Kenntnis genommen und gelesen zu haben. Hiermit willige ich ein, dass die Tierarztpraxis Dr. Busch Kleinmachnow meine auf der Anmeldung angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhebt und dass die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt werden dürfen.

Zudem bin ich mit der Weitergabe meiner Daten an das zentrale Tierregister TASSO einverstanden, falls von mir im Falle einer Mikrochip-Implantation eine Registrierung bei TASSO e.V. erwünscht ist. Außerdem bin ich damit einverstanden, dass entstandenes Bildmaterial von meinem Tier für Internetauftritte der Tierarztpraxis Dr. Busch Kleinmachnow verwendet werden darf.

Ort, Datum

Unterschrift