

PATIENTENAUFNAHMESCHEIN

Tierarztpraxis Bloherfelde



AUFTRAGGEBER

Nachname: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____ Geb. Datum: _____

PATIENT

Name des Tieres: _____ Chip-Nr.: _____

Geburtsdatum: _____ Rasse: _____

Tierart: Hund Katze Pferd Rind sonstiges

Alter: _____ Gewicht: _____ Geschlecht: m w kastriert

Farbe/Besonderheiten: _____

Unverträglichkeiten (soweit bekannt): _____

Tierkrankenversicherung: nein ja, bei Gesellschaft: _____

Nur bei Pferden auszufüllen: Schlachtpferd Nicht-Schlachtpferd

Lebens-Nr.: _____ Chip-Nr.: _____

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.

Ort/Datum _____

Unterschrift _____

Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken

Tierärztliche Praxis: Tierarztpraxis Bloherfelde
Bloherfelder Straße 135A
26129 Oldenburg

Tel. 0441-5700250

info@tierarztpraxis-bloherfelde.de

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die tierärztliche Praxis:
siehe oben (verantwortlich: Bianca Müller)
meine auf der Anmeldung angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke
der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages auf der Grundlage
gesetzlicher Berechtigungen erhebt.

Für jede darüberhinausgehende 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

- 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 o.g. tierärztliche Praxis/Klinik telefonisch über
Laborergebnisse und Terminplanung informiert.
- Ich willige ein, dass mich die o.g. tierärztliche Praxis/Klinik per Post oder per
Telefon informiert.
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten aus der ehem. Tierärztlichen
Gemeinschaftspraxis Bloherfelde und Edeweicht (Patientendatei: Anamnese,
durchgeführte Behandlungen, Laborbefunde, Rücküberweisungen aus anderen
Praxen und Kliniken, Röntgenbilder) im Rahmen der Übernahme der Praxis weiter
bestimmungsgemäß genutzt werden dürfen.
- **Ich willige ein, dass folgende Personen Auskunft über Behandlungen/
Laborergebnisse erhalten und Behandlungen anweisen dürfen:**

Ort/Datum _____ Unterschrift _____

