



PFERDEPRAXIS AN DER TROMM

ANMELDEBOGEN & EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Wir freuen uns, Sie in unserer Tierarztpraxis bzw. bei Ihnen vor Ort begrüßen zu dürfen.
Bitte füllen Sie den Fragebogen in aller Ruhe aus und geben ihn an uns zurück.

Damit wir Ihrem Tier die bestmögliche Behandlung zukommen lassen, Ihre Fragen schnell beantworten und unsere Leistungen ordnungsgemäß abrechnen können, benötigen wir von Ihnen einige Informationen.
Alle Angaben fallen unter die tierärztliche Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Zudem sind wir verpflichtet, bei der Erfassung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten die Bestimmungen der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (gemäß Art. 6 Abs. 1 b, DSGVO) sowie des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) einzuhalten.

Die für die Durchführung der Behandlung erforderlichen personenbezogenen Daten, d. h. Ihren Namen und Ihre Anschrift, erheben wir auf Grundlage gesetzlicher Berechtigung. Für die Erfassung und Nutzung der übrigen personenbezogenen Daten benötigen wir Ihre Einwilligung, die Sie im Rahmen dieses Formulars erteilen können.

BITTE BEACHTEN SIE:

- Die Abgabe der Einwilligung erfolgt freiwillig, d. h. Sie können Ihr Einverständnis jederzeit im Ganzen oder teilweise per E-Mail verweigern.
- Die Einwilligung erfolgt stets für einen bestimmten Zweck, über den wir Sie weiter unten informieren.
- Sollten Sie für den jeweiligen Zweck keine Einwilligung geben, ist die Durchführung der Behandlung unter Umständen nicht möglich – dies entscheiden wir einzelfallabhängig.

Für alle Fragen rund um die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten in unserer Praxis bzw. bei unseren Vertragspartnern (z.B. Labore, Überweisungs- und Beratungsärzte, Kliniken) steht Ihnen unser Praxisteam gerne zur Verfügung.

Bitte tragen Sie Ihre Daten gut lesbar ein:

1. EIGENTÜMERIN BZW. EIGENTÜMER DES TIERES

Anrede: Frau Herr

Vorname: _____

Nachname: _____

Straße: _____

PLZ: _____

Wohnort: _____

Telefon: _____

(freiwillige Angabe. Erfassung und weitere Nutzung bedarf Ihrer Einwilligung*)

Mobil: _____

(freiwillige Angabe. Erfassung und weitere Nutzung bedarf Ihrer Einwilligung*)

E-Mail: _____

(freiwillige Angabe. Erfassung und weitere Nutzung bedarf Ihrer Einwilligung*)

2. PATIENT

Name: _____

Tierart: _____

Rasse: _____

Lebens-/Chip-Nr.: _____

Geschlecht: weiblich männlich

kastriert: Ja Nein

Geburtsdatum: _____._____._____ oder geschätztes Alter: _____

Vorerkrankungen: _____

Dauermedikamente: _____

Wie haben Sie von uns erfahren: _____

3. ABRECHNUNG DER TIERÄRZTLICHEN LEISTUNGEN

Wir möchten Sie freundlich darauf hinweisen, dass die Untersuchung/Behandlung Ihres Tieres ausschließlich gegen Barzahlung und Rechnung erfolgen kann. Die Berechnung erfolgt nach der Gebührenordnung für Tierärzte (GOT). Insofern per Rechnung abgerechnet wird, stimmen Sie mit Ihrer Unterschrift einem Rechnungsversand per E-Mail zu.

Außerhalb unserer Praxiszeiten erheben wir einen erhöhten Gebührensatz gemäß der GOT. Bei Fragen diesbezüglich wenden Sie sich bitte VOR der Behandlung an uns. Sie können zwischen **Barzahlung** oder **Rechnung** wählen. Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie unseren Zahlungsbedingungen zu.

4. VERSAND UND ANALYSE VON PROBEN (BLUT, GEWEBE usw.)

Im Rahmen der Diagnose kann es erforderlich werden, Proben zu entnehmen und zu analysieren, zum Beispiel Blut, Gewebe oder Fell. Die Analyse erfordert den Versand der Probe an einen externen Laborbetreiber.

Ich erkläre mich einverstanden, dass die Tierarztpraxis meinen Vor- und Nachnamen, meine Anschrift sowie die Daten meines Tieres im Zusammenhang mit dem Versand bzw. der Analyse durch unsere externen Labore übermittelt. Ich entbinde die Mitarbeiter der Tierarztpraxis insoweit von der beruflichen Schweigepflicht. Ich werde informiert, an welches Labor versandt wird.

5. ÜBERWEISUNG AN KLINIK BZW. SPEZIALISTEN

Wir können im Vorfeld nicht ausschließen, dass die Behandlung Ihres Tieres die Überweisung an eine Klinik oder eines Spezialisten erforderlich macht. Einen solchen Schritt sprechen wir selbstverständlich mit Ihnen ab.

Wir übermitteln der Klinik/Spezialisten Ihren Vor- und Nachnamen, Ihre Anschrift sowie unseren Befund. Die Übermittlung Ihrer Daten erfordert Ihre Einwilligung sowie die Entbindung von der tierärztlichen Schweigepflicht.

Sollten die Verantwortlichen der Tierarztpraxis mit meinem Einverständnis entscheiden, dass mein Tier an eine Klinik oder einen Spezialisten zu überweisen ist, willige ich ein, dass mein Vor- und Nachname, meine Anschrift sowie die Daten meines Tieres und der Befund übermittelt wird. Ich werde informiert, welche Klinik bzw. welcher Spezialist für eine Überweisung dann in Frage kommt. Ich entbinde die Mitarbeiter der Tierarztpraxis insoweit von der beruflichen Schweigepflicht.

6. Einwilligung zu freiwillig erhobenen Daten:

Sofern Sie als Vertreterin/Vertreter der Eigentümerin/des Eigentümers des Tiers handeln, erfolgt eine etwaige Einwilligung mit Wirkung für und gegen die Vertretene/den Vertretenen.

Sollten Sie ein Feld nicht ankreuzen, gilt die jeweilige Einwilligung als verweigert:

Kontakt Daten: Ich erkläre mich einverstanden, dass die von mir unter Ziffer 1. dieses Formulars eingetragenen Kontaktdaten (Telefonnummer, Mobilnummer, E-Mail) in der Datenbank der Tierarztpraxis gespeichert und von dem Tierarzt sowie seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für Rückfragen, Auskünfte, Terminvereinbarungen, Impfinformationen und -termine, gelegentliche Informationen und Praxiswerbung sowie dem Versand von Dateien genutzt werden darf.

Datum

Unterschrift (Eigentümerin/Eigentümer des Tieres) oder Sie als bevollmächtigter Vertreter

Falls Sie als Vertreterin/Vertreter der Eigentümerin/des Eigentümers des Tiers handeln, erhalten Sie eine vollständige Kopie des vorliegenden Anmeldeformulars. **Sie verpflichten sich mit Ihrer Unterschrift, diese Kopie der Eigentümerin/dem Eigentümer des Tieres auszuhändigen.**