



Patientenaufnahmeschein / Aufnahmeformular

Für unsere Patientenkartei erbitten wir folgende Angaben: (bitte in **Druckschrift** ausfüllen!)

Name, Vorname des Auftraggebers: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Patient:

Rufname des Tieres: _____ Alter/Geb.Datum: _____

Tierart: () Hund () Katze () Sonstiges: _____

Rasse: _____ Gewicht: _____ Geschlecht: () m () w () kastr.

Farbe/Besonderheiten: _____

Kennzeichnung: () Chip : _____ () Tattoo: _____

Unverträglichkeiten (soweit bekannt): _____

Vorerkrankungen: _____

Medikamente: _____

Überwiesen von / Haustierarzt: _____

Tierkrankenversicherung: () nein () ja, bei Gesellschaft: _____

Behandlungsvertrag

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und deshalb berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung erforderlicher Behandlungen und Operationen abzuschließen. 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. 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 zu zahlen. Nicht wahrgenommene bzw. nicht abgesagte Termine werden in Rechnung gestellt.

Datum / Unterschrift

Rückseite!
Bitte wenden ↩



Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die tierärztliche Praxis Dr. med. vet. Christian Julier-Franz 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 und jederzeit schriftlich widerrufen.

Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken **(bitte ankreuzen)**

- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungsverträge / Folgebehandlungen genutzt werden dürfen. **(zwingend notwendig weitere Behandlung)**
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen tierärztlicher Überweisungen an andere Tierarztpraxen oder -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 Dr. Julier-Franz telefonisch über Laborergebnisse und Terminplanung informiert.

Telefon: _____ Mobil: _____

- Ich willige ein, dass mich die tierärztliche Praxis Dr. Julier-Franz via E-Mail kontaktieren und mir Ergebnisse, Quittungen, Rechnungen etc. weiterleiten darf.

E-Mail: _____

- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch im Rahmen einer Weiterführung der Praxis durch einen Nachfolger oder einer Urlaubs-/Krankenvertretung weiter bestimmungsgemäß genutzt werden dürfen.
- Ich willige ein, dass die tierärztliche Praxis Dr. Julier-Franz mich in ihr Recall-System aufnimmt und mich an notwendige Termine sowie Behandlungen erinnert.
(z.B. jährliche Impferinnerung, Vorsorgeuntersuchungen, Kontrolle Blutwerte, etc.)

telefonisch

via E-Mail

via SMS

Ort/Datum _____ **Unterschrift** _____