

Aufnahmeformular

Für die Patientenkartei benötige ich folgende Angaben: *(bitte in Druckschrift ausfüllen!)*

Mit * markierte Angaben sind Pflichtangaben.

*Name des Auftraggebers: _____

*Straße: _____

*PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Email: _____

Patient:

Rufname des Tieres: _____ Geb.Datum: _____

Tierart: Hund Katze Sonstiges: _____

Rasse: _____ Alter: _____ Gewicht: _____

Geschlecht: m w kastriert

Farbe/Besonderheiten: _____

Unverträglichkeiten (soweit bekannt): _____

Überwiesen von: _____

Tierkrankenversicherung: nein ja, bei Gesellschaft: _____

Krankengeschichte (gibt es Diagnosen, Röntgenbilder, o.ä. und von wann?):

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 bei Hausbesuchen sofort in bar bzw. bei Ernährungsberatungen per Überweisung.

Ort, Datum

Unterschrift

Name in Druckbuchstaben

Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken

Dr. Katharina Gellrich, praktische Tierärztin
Nelkenweg 20, 85399 Hallbergmoos
Tel: 0179-145 48 47 – E-Mail: info@tierarzt-gellrich.de

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die tierärztliche Praxis Dr. Katharina Gellrich meine auf der Anmeldung angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhebt.

Die Datenschutzerklärung der Praxis finden Sie auf www.tierarzt-gellrich.de oder als Ansichtsexemplar ausliegend.

Für jede darüber hinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen, ebenso für eine Weiterleitung an Dritte, bedarf es 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 im Rahmen tierärztlicher Überweisungen an andere Tierarztpraxen und -kliniken übermittelt werden dürfen.
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten im Rahmen weiterführender tierärztlicher Diagnostik an Untersuchungslabore und Institute übermittelt werden dürfen.
- Ich willige ein, dass mich die tierärztliche Praxis telefonisch informiert.
- Ich willige ein, dass mich die tierärztliche Praxis per Email informiert.

Ort, Datum

Unterschrift

Hiermit bestätige ich, dass ich die Datenschutzerklärung gelesen und akzeptiert habe.

Ort, Datum

Unterschrift