

Aufnahmeformular



Dr. Katharina Gellrich
Nelkenweg 20, 85399 Hallbergmoos
Tel: 0179-145 48 47, Fax: 03222 - 15 96 820
E-Mail: info@tierarzt-gellrich.de

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 bar bzw. bei Ernährungsberatung 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 auf der Homepage gelesen und akzeptiert habe.

Ort, Datum

Unterschrift

Fragebogen Ernährungsberatung



Tierbesitzer

Vor- und Nachname _____

Grund für die Beratung

- Allgemeine Beratung
 Rationsüberprüfung
 Ernährungsberatung bei Krankheit
 Rationsberechnung bzw. -anpassung

Tier

- Hund Katze

Name _____

Rasse _____

Geburtsdatum _____

Geschlecht männlich männlich kastriert weiblich weiblich kastriert

Gewicht _____ kg Ideal-/Endgewicht _____ kg

Bei Welpen: (Ideal-) Gewicht der Eltern: Vater _____ kg

Mutter _____ kg

Sind die Rippen fühlbar? ja nein

Aktivität ruhig, liegt viel normal (1-2 Std. Bewegung täglich)
 sehr aktiv (>3 Std. Bewegung täglich)

Verhaltenstyp nervös, leicht gestresst ängstlich
 ausgeglichen aggressiv

Hat sich das Verhalten in letzter Zeit verändert? ja nein

Wenn ja, inwiefern: _____

Verdauung Kotabsatz _____ mal/Tag Menge/Konsistenz _____
Blähungen keine/kaum normal vermehrt

Beschwerden/Erkrankungen (Bitte legen Sie, wenn vorhanden, einen Befund sowie die letzten Laborergebnisse bei)

Art der Erkrankung/Probleme/Symptome _____

Seit wann _____

Medikamente (Name, Dosis, Dauer) _____

Derzeitige Fütterung

Bitte wiegen Sie alle Futterkomponenten ab oder geben Sie übliche Größen an (z.B. 1 Ei oder 1 Apfel). Bitte geben Sie auch den Hersteller und die genaue Produktbezeichnung an.

Fertigfutter:

Trockenfutter _____ g/Tag

_____ g/Tag

_____ g/Tag

Dosenfutter _____ g/Tag

_____ g/Tag

_____ g/Tag

Frisches Futter: (Bei BARF-Rationen legen Sie gerne den Wochenplan dazu.)

1. Frisches Fleisch, Fisch und Innereien – ROHGEWICHT

_____ g pro Tag pro Woche

_____ g pro Tag pro Woche

_____ g pro Tag pro Woche

_____ g pro Tag pro Woche

_____ g pro Tag pro Woche

2. (fleischige) Knochen – ROHGEWICHT

_____ g pro Tag pro Woche

_____ g pro Tag pro Woche

_____ g pro Tag pro Woche

3. BARF-Pakete, Fertig-BARF, Hundewurst etc. – ROHGEWICHT

<i>Bezeichnung</i>	<i>Firma</i>	<i>Protein</i>	<i>Fett</i>	<i>Asche</i>	<i>Feuchte</i>	<i>Menge</i>		
_____	_____	____%	____%	____%	____%	_____ g	<input type="checkbox"/> pro Tag	<input type="checkbox"/> pro Woche
_____	_____	____%	____%	____%	____%	_____ g	<input type="checkbox"/> pro Tag	<input type="checkbox"/> pro Woche
_____	_____	____%	____%	____%	____%	_____ g	<input type="checkbox"/> pro Tag	<input type="checkbox"/> pro Woche
_____	_____	____%	____%	____%	____%	_____ g	<input type="checkbox"/> pro Tag	<input type="checkbox"/> pro Woche

4. Kohlenhydrate (z.B. Kartoffeln, Nudeln, Reis, Hirse, Haferflocken etc.)

_____	_____ g	<input type="checkbox"/> pro Tag	<input type="checkbox"/> pro
Woche		<input type="checkbox"/> Trockengewicht	<input type="checkbox"/>
		Kochgewicht	
_____	_____ g	<input type="checkbox"/> pro Tag	<input type="checkbox"/> pro
Woche		<input type="checkbox"/> Trockengewicht	<input type="checkbox"/>
		Kochgewicht	
_____	_____ g	<input type="checkbox"/> pro Tag	<input type="checkbox"/> pro
Woche		<input type="checkbox"/> Trockengewicht	<input type="checkbox"/>
		Kochgewicht	
_____	_____ g	<input type="checkbox"/> pro Tag	<input type="checkbox"/> pro
Woche		<input type="checkbox"/> Trockengewicht	<input type="checkbox"/>
		Kochgewicht	

5. Gemüse/Obst

_____ g pro Tag pro Woche

_____ g pro Tag pro Woche

_____ g pro Tag pro Woche

_____ g pro Tag pro Woche

6. Öle/Fette

_____ TL EL g pro Tag pro Woche

_____ TL EL g pro Tag pro Woche

_____ TL EL g pro Tag pro Woche

7. Weitere Zutaten (z.B. Milchprodukte, Ei, Brot etc.)

_____ g pro Tag pro Woche

_____ g pro Tag pro Woche

_____ g pro Tag pro Woche

8. Belohnungen, Leckerlis, Kauprodukte, Snacks

_____ g/ Stück pro Tag/ pro Woche

_____ g/ Stück pro Tag/ pro Woche

_____ g/ Stück pro Tag/ pro Woche

_____ g/ Stück pro Tag/ pro Woche

9. Sonstige Ergänzungen (Mineralfutter, Kräuter, Eierschalen, Seealgen, Lebertran etc.)

_____ g pro Tag pro Woche

_____ g pro Tag pro Woche

_____ g pro Tag pro Woche

_____ g pro Tag pro Woche

Fütterungspraxis

Wie viele Mahlzeiten füttern Sie? _____ pro Tag

Wie sieht die Rationsgestaltung aus? _____

Anmerkungen und Wünsche (z.B. was mag Ihr Tier besonders gern/überhaupt nicht?)

Wie haben Sie von mir erfahren? _____

Wurden Sie von Ihrem Haustierarzt überwiesen? Dann geben Sie uns bitte den Namen für die Rücküberweisung an.

Ich erteile hiermit den Auftrag zur Ernährungsberatung und bin damit einverstanden, dass mir die Kosten gemäß der Gebührenordnung für Tierärzte (GOT) in Rechnung gestellt werden.

Ort, Datum

Unterschrift