

Patientenformular

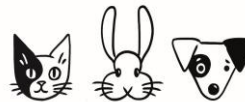
Lieber Kunde,

herzlich willkommen in der Tierarztpraxis Schützenstraße in Schwerte.
 Um ihr Tier bestmöglich behandeln zu können, benötigen wir vorab einige Daten.
 (Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen.)

Tierhalterdaten	
Name	
Vorname	
Straße, Nr.	
PLZ	
Wohnort	
E-Mail	
Telefon	
Handy	
Geburtsdatum	

Patientendaten	
Name	
Geburtsdatum	
Tierart	<input type="checkbox"/> Hund <input type="checkbox"/> Katze <input type="checkbox"/> Kaninchen <input type="checkbox"/> Meerschweinchen <input type="checkbox"/> Sonstige:
Rasse	
Geschlecht	
Farbe	
Chipnummer	
Kastriert	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bemerkungen zu Vorerkrankungen/ Medikamenten	
Tierkrankenversicherung	

Tierarztpraxis Schützenstraße
Schützenstraße 7
58239 Schwerte
+49 2304 2611
info@tierarzt-schuetzenstrasse.de



Tierarztpraxis
Schützenstraße

Behandlungsvertrag

Ich bestätige hiermit, dass ich als Halter des Tieres befugt bin, einen Vertrag über notwendige Behandlungen und Operationen abzuschließen und dass ich in der Lage und gewillt bin, die anfallenden Kosten zu tragen.

Zudem versichere ich, dass ich zum Zeitpunkt dieser Erklärung keinem gerichtlichen Schuldenverfahren unterliege und mein Name nicht im Schuldnerverzeichnis des zuständigen Amtsgerichts aufgeführt ist.

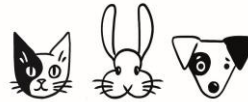
Falls ich nicht der Tierhalter bin, handle ich ausdrücklich im Auftrag des Tierhalters. Wenn keine Vollmacht vorliegt oder der Tierhalter die Bevollmächtigung bestreitet, erkläre ich mich bereit, die anfallenden Kosten zu übernehmen.

Für die Diagnosestellung ermächtige ich den Inhaber und das Personal der Praxis, im Namen und auf meine Rechnung Leistungen von Dritten (z.B. Labors, Spezialuntersuchungsanstalten) in Anspruch zu nehmen.

Die Kosten zahle ich entweder sofort bar oder per EC-Karte. Ich bin mir bewusst, dass die Praxis ein Zurückbehaltungsrecht am behandelten Tier hat, wenn ich nicht in der Lage oder bereit bin, die Kosten in bar oder per EC-Karte zu begleichen.

Ort, Datum

Unterschrift



Einwilligungserklärung Datenschutz

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass ich einverstanden bin:

- (1) mit der Weitergabe personenbezogener Daten (Name, Anschrift, Tierart, Name des Tieres und Diagnose) an das Labor Laboklin oder das Labor Idexx in Bad Kissingen und Kornwestheim. Diese Daten werden nur zur Erhebung von Laborwerten weitergeleitet, die in dieser Praxis nicht erbracht werden können.
- (2) mit der Weitergabe personenbezogener Daten (Name, Anschrift, Tierart, Name des Tieres und Diagnose) an das Pathologische Institut an der Universität Gießen, falls die Behandlung dies erfordert.
- (3) mit der Weitergabe personenbezogener Daten (Name, Anschrift, Tierart, Name des Tieres und Diagnose) an Überweisungskliniken, falls dies erforderlich ist.
- (4) mit der Weitergabe personenbezogener Daten (Name, Anschrift, Tierart, Name des Tieres und Diagnose) an tierärztliche Verrechnungsstellen, falls ich die ausstehenden Rechnungen nach Ablauf einer Mahnfrist nicht begleiche.

Software und Hardware werden in regelmäßigen Abständen gewartet und aktualisiert. Für diese Angelegenheiten stimme ich mit meiner Unterschrift zu, dass die Firma VetZ, Isenhagen unter Umständen beim Ausführen der Tätigkeiten Zugang zu den personenbezogenen Daten haben kann.

Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift