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

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

Tierarztpraxis
Schützenstraße

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 ausschließlich 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.

(5) mit der Weitergabe personenbezogener Daten (Name, Anschrift, Tierart, Name des Tieres und Diagnose) an konsiliarisch unterstützende Expertinnen und Experten, sofern dies im Rahmen der Behandlung medizinisch erforderlich ist.

(6) mit der Verarbeitung des Behandlungsgesprächs durch vetOS zur Erstellung und Qualitätssicherung des Karteikartentextes. Die hierfür während der Behandlung angefertigten Tonaufnahmen werden nicht dauerhaft in der Patientenkartei gespeichert. Wenn ich den Einsatz von vetOS nicht wünsche, streiche ich diesen Punkt.

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