



## Patientenaufnahmeschein

### Besitzer/Auftraggeber

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### Patientendaten

Rufname des Tieres: \_\_\_\_\_ Rasse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht: männlich  weiblich  kastriert

OP-Versicherung: ja  nein  wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Haustierarzt / Überweisung von: \_\_\_\_\_

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.

Mir ist bewusst, dass, sollte ich nicht für die entstandenen Kosten aufkommen, meine Daten ggf. an ein Inkasso-Unternehmen weitergeleitet werden.

Sofern ich nicht Halter des Tieres bin, versichere ich, im ausdrücklichen Auftrag des Tierhalters zu handeln. Fehlt es an der Bevollmächtigung, oder stellt der Tierhalter eine Bevollmächtigung in Abrede, bestätige ich hiermit, dass ich für die entstehenden Kosten aus der Behandlung aufkommen werde.

### **Bei nicht rechtzeitig abgesagten Terminen wird eine Ausfallsgebühr von 25 EUR berechnet.**

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 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 in bar oder per EC-Karte zu zahlen.

\_\_\_\_\_ →  
Datum / Unterschrift

## Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken

Tierarztpraxis Schwering

Inh.: Christian Schwering

Gewerbering 12

34560 Fritzlar

Tel.: 05622 / 9179 202

Fax: 05622 / 9179 203

Notruf: 05622 / 9197 195

kontakt@tierarztschwering.de

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die **Tierarztpraxis Schwering** (verantwortlich: Christian Schwering) 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.

### 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, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen tierärztlicher Überweisungen an andere Tierarztpraxen, -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 Tierarztpraxis Schwering telefonisch über Laborergebnisse und Terminplanung informiert.
- Ich willige ein, dass mich die Tierarztpraxis Schwering per Post/per Email informiert.

Fritzlar, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_