

Patientenaufnahmeschein/Behandlungsvertrag

Für die korrekte Erfassung und damit einer sicheren Verarbeitung Ihrer personen- und tierbezogenen Daten zu gewährleisten, bitten wir Sie die Unterlagen vollständig auszufüllen.

Tierbesitzer:in

Name	Vorname	Geb.Datum
Straße/Hausnummer		PLZ/Ort
Telefonnummer		E-Mail

Tier

Tierart	Rasse	
Name	Fellfarbe	Geb.Datum
Chip-Nr.		
Geschlecht:	<input type="radio"/> weiblich	<input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> kastriert
Bei Katzen:	<input type="radio"/> Freigänger	<input type="radio"/> Wohnungskatze
Bei Kaninchen - Lebensmittel liefernd:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Haustierarzt: _____ überweisender Tierarzt: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Die **Bezahlung erfolgt am Behandlungstag oder bei Abholung Ihres Tieres.**

Dazu bieten wir Ihnen **Bar -, EC -, sowie Kreditkartenzahlung** an.

Die **Zahlung auf Rechnung** kann ausschließlich nach Bonitätsprüfung erfolgen. Ihre Zustimmung dazu erteilen Sie auf einem separaten Formular.

Im Fall einer **negativen Bonität** besteht **keine** Möglichkeit zur **Zahlung auf Rechnung oder in Raten.**

Bei nicht Einhaltung des Termins ohne vorherige Absage (48h vor dem geplanten Termin) behalten wir uns vor, eine Zeitkostenpauschale i.H.v. 60,- € in Rechnung zu stellen.

Rückseite beachten!



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 (Labor, Spezialuntersuchungsanstalten u.ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.

Hinweis zur Datenerfassung und Datenspeicherung

Die im Behandlungsvertrag angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, die allein zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage der DSGVO Art.13 erhoben. Die Verarbeitung der Daten ist nach §6 Abs.1 c zu Erfüllung des Behandlungsvertrages rechtmäßig. Im Rahmen der Ausführung des Behandlungsvertrages können die Daten elektronisch gespeichert, verarbeitet und genutzt werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner o.g. Daten und erkenne die Inhalte und Zahlungsmodalitäten des Patientenaufnahmescheins (Vorder- und Rückseite) an.

Ort, Datum

Unterschrift Tierbesitzer

Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken

Name: _____

Vorname: _____

Sind Sie mit den folgenden Nutzungszwecken einverstanden, kreuzen Sie bitte das Feld entsprechend an. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen.

- Ich willige ein, dass mich die Praxis telefonisch, per E-Mail, oder per Post kontaktieren und diese Medien zur Kommunikation von Impferinnerungen, Terminerinnerungen mit mir nutzt.

Ort, Datum

Unterschrift Tierbesitzer:in

Rechte des Betroffenen: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht

Sie sind gemäß Artikel 15 DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber der Praxis um umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Gemäß Artikel 17 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber der Praxis die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen, soweit dem keine anderen gesetzlichen Aufbewahrungsfristen entgegenstehen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an die Praxis übermitteln.

Bitte informieren Sie sich weiter zu diesem Thema, über die ausliegende Informationspflicht!