

## Patientenaufnahmeschein

Name des Auftraggebers: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

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

### Patient:

Rufname: \_\_\_\_\_ Geb.datum: \_\_\_\_\_

Hund  Katze  Pferd  \_\_\_\_\_

kast.  männl.  weibl.

Rasse: \_\_\_\_\_ Farbe: \_\_\_\_\_

Besonderheiten: \_\_\_\_\_

Tierkrankenversicherung:  nein  ja  nur OP-Vers. Fütterung BARF  ja

### Behandlungsvertrag

Ich versichere, dass ich der 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 Amtsgerichtes keine Eintragungen über meine Person aufweist.

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

Soweit es zur Diagnosefindung erforderlich ist, ermächtige ich Herrn Dr. Hellmeier, Leistungen Dritter (Labore, 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 Zurückhaltungsrecht an dem behandelten Tier zusteht, wenn ich nicht bereit oder in der Lage bin, die entstandenen Kosten zu bezahlen.

### Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass meine auf der Anmeldung angegebenen personenbezogenen Daten zum Zweck der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben werden.

Ich willige ferner ein, dass die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt und im Rahmen einer Weiterführung der Praxis an einen Nachfolger weiter gegeben werden dürfen.

Diese Einwilligungen sind freiwillig und können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Die aushängenden Datenschutzhinweise habe ich zur Kenntnis genommen.

→ Erinnerungen möchte ich  telefonisch  per Brief  Email  SMS  als What's App  gar nicht erhalten.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift