

AUFNAHMEFORMULAR

Wir begrüßen Sie und Ihr Tier als neue Klienten der Fachtierarztpraxis Bergstraße GmbH.
Bitte erleichtern Sie uns die Arbeit, in dem Sie dieses Formular in Druckbuchstaben ausfüllen. Vielen Dank!

Tierhalter:in		
Vorname		Nachname
Straße und Hausnummer	PLZ	Wohnort
Telefon (Festnetz)	Mobiltelefon	
Geburtsdatum	E-Mail	

Patient	
Tiername	Tierart
Rasse	Geschlecht
Geburtsdatum	Kastriert ja ☐ nein ☐
Haustierarzt	

Muss Ihr Tier regelmäßig Medikamente einnehmen? Wenn ja, welche?

Sind Ihnen Unverträglichkeiten auf bestimmte Arznei- und Futtermittel bekannt? Wenn ja, auf welche?

Ist Ihr Tier krankenversichert? Wenn ja, bei welcher Krankenkasse?

Falls Sie nicht Eigentümer des Tieres sind, bitten wir Sie um Angabe Ihrer Daten, da Sie rechtlicher Überbringer des Tieres uns den Behandlungsauftrag erteilen.

Vorname

Nachname

Adresse

Hiermit erkläre ich, dass ich mich bis heute in keinem gerichtlichen Schulden- oder Insolvenzverfahren befinde. Des Weiteren versichere ich, dass zu meiner Person kein Eintrag im Schuldnerverzeichnis des zuständigen Amtsgerichts besteht.

Die Geschäftsführung sieht vor, dass unser Honorar unmittelbar nach der Behandlung per EC- Zahlung beglichen wird.

Von der Geschäftsordnung (siehe Aushang) habe ich Kenntnis genommen

Ort, Datum

Unterschrift

Einwilligung der Datennutzung gem. DSGVO

Vorname

Nachname

Straße und Hausnummer

PLZ

Wohnort

Für die 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.

Ich willige ein, dass die personenbezogenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen der Behandlung an Tierkrankenversicherungen 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 tierärztliche Praxis „Fachtierarztpraxis Bergstraße GmbH“- Dr. Cornelia Heinichen und Kollegen telefonisch über Laborergebnisse und Terminplanung informiert.

Ich willige ein, dass mich die tierärztliche Praxis „Fachtierarztpraxis Bergstraße GmbH“- Dr. Cornelia Heinichen und Kollegen per Post (Impferinnerungen) informiert.

Ich habe die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen.

Die Einwilligung erfolgt auf freiwilliger Basis und sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Ab Zugang der Widerrufserklärung dürfen meine Daten nicht weiterverarbeitet werden. Durch den Widerruf meiner Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Meine Widerrufserklärung kann ich jederzeit formlos schriftlich an die tierärztliche Praxis „Fachtierarztpraxis Bergstraße GmbH“ richten.

Ort, Datum

Unterschrift