



Anmeldeformular

Für korrekte Einträge in unsere Patientendatei und die Rechnungserstellung erbitten wir folgende Angaben.
Vielen Dank für Ihre Mühe im Voraus.

Angaben zum Besitzer:	
Vorname:	Nachname:
Straße:	PLZ, Ort:
Festnetz:	Handy:
E-Mail:	

Angaben zum Patienten:		
<input type="radio"/> Hund <input type="radio"/> Katze <input type="radio"/> Kaninchen <input type="radio"/> Meerschweinchen <input type="radio"/> Andere: _____		
Name:	Rasse:	Farbe:
Geburtsdatum:	Gewicht:	<input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> kastriert <input type="radio"/> Zwitter <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> kastriert
Tätowierungsnummer oder Microchipnummer:		
EU-Heimtierausweisnummer:		

Haben Sie einen **Haustierarzt** oder wurden sie überwiesen?

Ja: Name des Tierarztes _____ Nein

Wir bitten um sofortige Bezahlung nach der Behandlung.

Bevorzugte Zahlungsmethode: bar EC cash

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und akzeptiere die Zahlungsbedingungen.

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistungen der Tierarztpraxis am Saarnberg zu schließen. Falls ich nicht Halter des Tieres bin, versichere ich, im ausdrücklichen Auftrag des Tierhalters zu handeln. Fehlt es an einer Bevollmächtigung oder steht der Tierhalter eine Bevollmächtigung in Abrede, bestätige ich hiermit, dass ich für die entstehenden Kosten aus der Behandlung aufkomme.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Personalien und gebe den Auftrag zur Untersuchung/Behandlung bzw. Operation des o. g. Tieres. Falls es zur Diagnosefindung erforderlich ist, ermächtige ich die Praxis, Leistungen Dritter (Labors, Spezialuntersuchungsanstalten u.ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen. Hiermit stimme ich der elektronischen Speicherung meiner Daten zu.

Ort/ Datum:	Unterschrift:
-------------	---------------

Bitte umdrehen!



Tierarztpraxis am Saarnberg

Dr. Wolfgang Drinneberg
Prinzeß-Luise-Straße 191a
45479 Mülheim a.d.Ruhr
Tel 0208/ 46 711 071
Fax 0208/ 46 711 072
info@tierarztpraxis-am-saarnberg.de

Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken

Einverständniserklärung des Tierhalters

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die Tierarztpraxis am Saarnberg meine auf der Anmeldung angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhebt.

Für jede darüberhinausgehende 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 am Saarnberg telefonisch über Laborergebnisse und Terminplanung informiert.
- Ich willige ein, dass mich die Tierarztpraxis am Saarnberg per Post (z.B. Impferinnerungen, Ultraschallkontrollen etc.) informiert.

Ohne Ihre Einwilligung sind wir gesetzlich dazu verpflichtet, die Behandlung Ihres Tieres abzulehnen, ausgenommen bei lebensbedrohlichen Notfällen.

Ort / Datum:	Unterschrift:
--------------	---------------