



## Anmeldebogen Auftraggeber / Tierbesitzer

Name: \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

fakultativ Beruf: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

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

**Patientendaten:**  Hund  Katze  Kaninchen  sonstiges: \_\_\_\_\_

Rufname : \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Rasse: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Zuchttier:  ja  nein      Geschlecht:  männlich  weiblich  kastriert

Farbe und Abzeichen: \_\_\_\_\_

Microchip-Nr.: \_\_\_\_\_ Tätö-Nr.: \_\_\_\_\_

Verhaltensauffälligkeiten: \_\_\_\_\_ Bissig:  ja  nein  unsicher

Vorausgegangene Erkrankungen/Operationen: \_\_\_\_\_

Bekommt Ihr Tier dauerhaft Medikamente?  nein  ja: \_\_\_\_\_

Unverträglichkeiten soweit bekannt: \_\_\_\_\_

letzte Impfungen: \_\_\_\_\_

fakultativ: Halten sie weitere Tiere im/am Haus, welche? \_\_\_\_\_

Zuletzt behandelnder Tierarzt/ Haustierarzt: \_\_\_\_\_

Tierkrankenversicherung:  nein  ja, bei Gesellschaft \_\_\_\_\_

weitere Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**Jede Behandlung wird sofort abgerechnet,  
es erfolgt keine Behandlung auf Rechnung!**

**Gewünschte Zahlungsart**  bar  ec-Kartenzahlung mit PIN



## Einwilligungserklärung zur Datennutzung

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

\_\_\_\_\_

Ort

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift

\*\*\*\*\*

Für jede darüber hinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen, ebenso für eine Weiterleitung an Dritte, bedarf es Ihrer Einwilligung. Eine solche Einwilligung können Sie nachfolgend freiwillig erteilen:

## Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken

Ich willige ein ( - nichtzutreffendes streichen - )

- dass die erhobenen Daten auch für künftige Behandlungen genutzt werden dürfen.
- dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich, an andere Tierarztpraxen oder Tierkliniken im Rahmen tierärztlicher Überweisungen übermittelt werden dürfen.
- dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich, im Rahmen weiterführender Diagnostik an Untersuchungslabore und Institute übermittelt werden dürfen.
- dass mich die Tierarztpraxis Dr. Pries telefonisch, per E-Mail oder per Post über Laborergebnisse, Terminplanungen, fällige Impfungen oder Kontrolluntersuchungen informiert.
- dass die erhobenen Daten bei Nichtbegleichen der von der tierärztlichen Praxis gestellten Rechnung an eine Verrechnungsstelle oder an ein Inkassobüro weitergeleitet werden.
- dass die erhobenen Daten auch im Rahmen einer Weiterführung der Praxis durch einen Nachfolger bestimmungsgemäß genutzt werden dürfen.

\_\_\_\_\_

Ort

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift

Diese zusätzliche Einwilligung kann von Ihnen jederzeit widerrufen werden.

Sie können jederzeit die Löschung der fakultativ erhobenen Daten veranlassen.