

Anmeldebogen

es ist uns wichtig, Sie und Ihr Tier optimal betreuen zu können. Wir bitten daher um korrekte Angaben

Angaben zum Tierhalter / zur Person, die das Tier in der Praxis vorstellt

Name / Vorname: _____

Straße/Haus-Nr.: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Telefonnummer(n): _____ / _____

E-Mail: _____

- Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der tierärztlichen Dienstleistung zu schließen.

Bis auf Widerruf bevollmächtigter Vertreter (falls zutreffend):

Name: _____ Telefonnummer: _____

- Ich bin nicht der Halter des Tieres, handle jedoch im ausdrücklichen Auftrag des Halters mit Entscheidungsbefugnis und übernehme die Zahlungspflicht für die tierärztliche Dienstleistung.

Angaben zum Tier

Name des Tieres: _____

Tierart: Hund Katze Heimtier _____

Das Tier dient der Lebensmittelgewinnung (Kaninchen): ja nein

Rasse: _____ Fellfarbe: _____

Geburtsdatum: _____ Mikrochip: ja nein

Geschlecht: männlich weiblich Kastriert: ja nein

Grunderkrankung(en): _____ / _____ / _____

Dauermedikation: _____

Versicherung: ja nein Name der Versicherung: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

ich bin überwiesen – mein (Haus-)Tierarzt ist: _____

Internet Social Media Empfehlung durch Tierbesitzer

Allgemeine Geschäftsbedingungen (AGB)

Liebe Tierbesitzerin, lieber Tierbesitzer,
wir freuen uns über Ihr Vertrauen und versichern Ihnen, dass wir uns bestmöglich um Ihr Tier kümmern werden. Im Folgenden finden Sie einige wichtige Informationen zur Behandlung und den Rahmenbedingungen:

- Die Behandlung erfolgt nach vorheriger Anmeldung. Bitte informieren Sie uns über eventuelle Verhaltensauffälligkeiten Ihres Tieres.
- Tiere dürfen nur von ihrem Besitzer oder einer bevollmächtigten Person vorgestellt werden. Eine Überprüfung der Legitimation durch die Praxis erfolgt nicht.
- Bitte teilen Sie uns **Änderungen Ihrer Kontaktdaten** umgehend mit.
- Eine Mithilfe bei der Behandlung ist nicht vorgesehen und erfolgt freiwillig. Wir schließen jegliche Haftung in diesem Fall aus, soweit gesetzlich zulässig.
- Kostenschätzungen sind immer nur unverbindliche Annäherungen.
- Abgerechnet werden ausschließlich die am Tag erbrachten Leistungen und abgegebenen Medikamente. Die **Bezahlung erfolgt direkt nach der Behandlung in bar oder per EC-Karte.**
- Bitte beachten Sie, dass bei einer **Absage eines geplanten Termins (z.B. Operation) weniger als 24 Stunden vor dem Termin oder bei Nichtabsage** nach § 611 BGB und § 615 BGB ein Ausfallhonorar gestellt wird. Die Absage muss schriftlich per E-Mail oder telefonisch erfolgen. Eine **Absage über die App ist nicht möglich.**
- Es wird keine Garantie für den Erfolg einer Operation oder Behandlung übernommen, und Komplikationen können trotz fachgerechter Ausführung auftreten. Ansprüche auf Nachbesserung, Wiederholung, Honorarminderung oder Schadensersatz sind ausgeschlossen.
- Quittungen und Impferinnerungen können Ihnen elektronisch übermittelt werden.

Zustimmung zur Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) / Datenschutzerklärung:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Hinweise zur Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) zur Kenntnis genommen zu haben. Ich erteile hiermit meine schriftliche Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner oben angegebenen personenbezogenen Daten und willige in deren elektronische Speicherung und Verarbeitung gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) ein.

Ich beauftrage das Kleintierzentrum Krefeld-Hüls mit der Auswertung aller von mir oder meinem Tierarzt bereitgestellten Unterlagen sowie der anschließenden telefonischen oder telemedizinischen Beratung. Darüber hinaus versichere ich, dass ich bereit und in der Lage bin, die entstehenden Kosten zu tragen.

Ich erlaube, dass Befunddaten an vorherige oder nachfolgende Tierärzte weitergegeben werden, sofern dies für die Behandlung meines Tieres erforderlich ist. Ebenso ermächtige ich das Kleintierzentrum Krefeld-Hüls, Befunddaten bei vorbehandelnden Tierärzten einzuholen, wenn dies zur Diagnosestellung oder für therapeutische Maßnahmen notwendig ist.

Die Inhalte dieses Patientenaufnahmescheins erkenne ich in vollem Umfang an.

Datum: _____

Unterschrift: _____