



# KLEINTIERPRAXIS RENDSBURG

## Anmeldeformular

**Bitte füllen Sie dieses Formular gut leserlich, am besten in Druckschrift, aus !!!**

<u>Besitzer</u>	<u>Patient</u>
..... Vorname	..... Tiername
..... Nachname	<input type="checkbox"/> Hund <input type="checkbox"/> Katze      ..... Sonstiges
..... Straße und Hausnummer	..... Rasse
..... Postleitzahl und Ort	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Krankenversichert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
..... Telefon	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> kastriert falls ja wo?.....
..... ggf. Handy	..... Geburtsdatum
..... E-Mail-Adresse	..... Art der Erkrankung
..... Geburtsdatum Besitzer	Ich wurde überwiesen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein .....falls ja, von welchem Tierarzt

### Behandlungsvertrag

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

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

Soweit es zur Diagnosefindung erforderlich ist, ermächtige ich den Inhaber und die Mitarbeiter der Praxis, nach Absprache 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.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift

Bitte beachten Sie die Rückseite und unterschreiben Sie auch dort!

## **Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken**

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die Kleintierpraxis Rendsburg Evidensia GmbH, Hollesenstr.23, 24768 Rendsburg meine auf der Anmeldung angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhebt.

## **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 Kleintierpraxis Rendsburg Evidensia GmbH telefonisch oder per E-Mail oder per Fax über Laborergebnisse und Terminplanung informiert.
- Ich willige ein, dass mich die Kleintierpraxis Rendsburg Evidensia GmbH per Post informiert.
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch im Rahmen einer Weiterführung der Praxis durch einen Nachfolger weiter bestimmungsgemäß genutzt werden dürfen.

.....  
Datum

Unterschrift

Bitte beachten Sie die Rückseite und unterschreiben Sie auch dort!