

OP-/BEHANDLUNGS- VEREINBARUNG

ZENTRUM FÜR
TIERMEDIZIN KELHEIM



ZWISCHEN DEM ZENTRUM FÜR TIERMEDIZIN KELHEIM UND PATIENTENBESITZER:IN

Name	Vorname
Adresse	
Telefon	E-Mail

MIT DEM ZU BEHANDELNDEN TIER

Name	Tierart		
Rasse	Alter	Geschlecht	Gewicht
Art der Behandlung	Haustierärzt:in		

WIRD FOLGENDER VERTRAG GESCHLOSSEN

Das Zentrum für Tiermedizin Kelheim GmbH verpflichtet sich, dass Tier nach aktuellen wissenschaftlichen Kenntnissen und entsprechend der tierärztlichen Kunst zu behandeln. **Die/der Unterzeichner:in erklärt ihr/sein Einverständnis zur Durchführung aller notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen einschließlich der Narkose** (siehe Punkt Narkose- und Behandlungsrisiko). Die/der Unterzeichner:in verpflichtet sich das Praxispersonal über alle notwendigen Informationen (z.B. Unverträglichkeiten, Vorerkrankungen, Bissigkeit, etc.) in Kenntnis zu setzen.

NARKOSE- UND BEHANDLUNGSRISIKO

Die/der Patientenbesitzer:in ist von einer/einem Tierärzt:in über das **Narkoserisiko** aufgeklärt worden. Während der Narkose werden die Vitalparameter laufend überwacht. Dennoch lässt sich das Risiko eines Zwischenfalls nie völlig ausschließen. Bei jeder Operation besteht ein gewisses **Risiko** und nicht jede Komplikation, z.B. eine Störung der Wundheilung, eine allergische Reaktion oder ähnliches, kann sicher ausgeschlossen werden. Der Erfolg eines operativen Eingriffs / einer Behandlung kann nicht garantiert werden.

Die **Narkoseeinleitung** findet in der Regel ohne Besitzer statt. Aus hygienischen und sicherheitstechnischen Gründen hat ausschließlich das Praxisteam zum OP-Bereich Zutritt. In Einzelfällen kann die/der Patientenbesitzer:in bei der Narkoseeinleitung dabei sein.

- ☐ Narkoseeinleitung ohne Patientenbesitzer:in
- ☐ Narkoseeinleitung mit Patientenbesitzer:in (nur nach vorheriger Absprache mit der/dem Tierärzt:in)

Um eine optimale, aseptische Vorbereitung des Operationsgebietes zu erreichen, wird das **Fell geschoren**. Es kann sein, dass zur Hautdesinfektion ein gefärbtes Desinfektionsmittel verwendet wird. Die/der Patientenbesitzer:in nimmt zur Kenntnis, dass Reste des Desinfektionsmittels auf der Haut oder dem Fell verbleiben und dieses zeitweise verfärben können.

Das **Narkoserisiko** wird wie folgt eingeschätzt: ☐ normales Risiko ☐ erhöhtes Risiko ☐ sehr hohes Risiko

Die **Prognose** für den OP-/Behandlungserfolg ist ☐ gut ☐ vorsichtig ☐ schlecht ☐ nicht einschätzbar

Die/der Patientenbesitzer:in erklärt sich damit einverstanden, dass das Tier **schmerzlos eingeschlafert** wird, sobald festgestellt wird, dass das Tier unheilbar krank ist und ein artgerechtes Weiterleben für das Tier zur Qual wird. Die Praxis wird in einem derartigen Fall vorher versuchen mit der/dem Patientenbesitzer:in des Tieres Kontakt aufzunehmen und eine gemeinsame Entscheidung zum Wohle des Tieres zu treffen. Die/der Patientenbesitzer:in bestätigt, dass sie/er unter der oben genannten Telefonnummer erreichbar ist.



VOR DER OPERATION

- Zur Narkose muss das Tier **nüchtern** sein, das heißt **Hunde** und **Katzen** sollten mind. 8 Stunden vor dem Termin nicht mehr gefüttert werden. Das **Trinken** muss nicht eingeschränkt werden.
- **Meerschweinchen**, **Kaninchen** und andere **Kleinsäuger** sowie **Vögel** und **Reptilien** brauchen nicht zu hungern. Diese dürfen jedoch nicht überfüttert werden.
- **Kaninchen** und **Nager** sollten eine kleine Futterration zur Operation mitbekommen.
- Bei **Hunden** ist ein Spaziergang vor der Operation ratsam, damit sich Ihr Vierbeiner entsprechend lösen kann.
- Zur Operation kann eine **Decke** zum Warmhalten und Transportieren der Tiere mitgebracht werden, die darüber hinaus in der Aufwachphase geruchlich an Zuhause erinnert.
- Für Verschmutzung/Beschädigung/Verlust vertrauter Gegenstände von Zuhause (Korb/Decke/Spielzeug) kann keine Haftung übernommen werden.

Bitte geben Sie uns noch folgende Angaben:

Mein Tier bekommt folgende Medikamente (inkl. Dosierung): _____

Folgende Unverträglichkeiten sind bekannt: _____

Folgende bekannte Gendefekte (z.B. MDR1-Defekt) liegen vor: _____

Frühere Narkosen liefen problemlos: ☐ Ja ☐ Nein. Welche Komplikationen? _____

ZUSÄTZLICHE BEHANDLUNGEN VOR UND WÄHREND DER OPERATION

Folgende **Zusatzleistungen** können im Rahmen der Narkose gegen Aufpreis durchgeführt werden (bitte ankreuzen):

	voraussichtliche Kosten Brutto		von Tierarzt:in empfohlen	vom Patientenbesitzer:in erwünscht
Krallen schneiden	ca.	€	☐	☐
Ohren säubern/spülen	ca.	€	☐	☐
Analdrüsen entleeren	ca.	€	☐	☐
tätowieren	ca.	€	☐	☐
Mikrochip einsetzen	ca.	€	☐	☐
Röntgenaufnahme	ca.	€	☐	☐
Ultraschalluntersuchung	ca.	€	☐	☐
Blutuntersuchung	ca.	€	☐	☐
Zahnstein entfernen (nur nach Absprache mit Tierarzt:in)	ca.	€	☐	☐

NACH DER OPERATION

- Wir vereinbaren am Operationstag mit Ihnen einen **Abholtermin** für Ihr Tier.
- Nach der Operation muss das Tier **ruhig** und **warm** gehalten werden. Die Lagerung sollte auf einer **weichen Unterlage** ebenerdig erfolgen. Lassen Sie das Tier nicht alleine.
- **Trinkwasser** und **Futter** darf erst verabreicht werden, wenn es vom operierten Tier aufgenommen werden kann.

BESUCHE WÄHREND STATIONÄREM AUFENTHALT

- Die/der Patientenbesitzer:in nimmt zur Kenntnis, dass Besuche von stationären Patienten aus veterinärmedizinischen und organisatorischen Gründen nicht möglich sind. Sollte im Einzelfall eine Ausnahmeregelung möglich sein, sind die möglichen Besuchszeiten nach der regulären Öffnungszeiten nach 20:00 Uhr.

HINWEISE ZUR ABRECHNUNG UND ZAHLUNG

Die Rechnungsstellung erfolgt nach derzeit gültiger **Gebührenordnung für Tierärzt:innen (GOT)**. Alle angefallenen Kosten bitten wir Sie direkt bei der Abholung des Tiers in bar oder per EC-/Kreditkarte zu begleichen.



Für die Behandlung bzw. Operation entstehen nach GOT voraussichtlich folgende Kosten (brutto):

Die aktuellen Kosten der bisherigen Behandlung:	€
Operationskosten	€
Stationäre Versorgung nach der OP	€
Voraussichtliche Gesamtkosten (ohne Nachbehandlung, z.B. Fäden entfernen)	€

WICHTIG: Bitte beachten Sie, dass im Behandlungsverlauf **weitere, unvorhersehbare Kosten** entstehen können. Die/der Patientenbesitzer:in nimmt zur Kenntnis, dass die angegebenen Kosten nicht verbindlich sein können, sondern dass sich durch die Notwendigkeit zusätzlicher medizinischer Maßnahmen, z.B. zusätzliche Laboruntersuchungen, weitere Kosten ergeben können. Die Gebühren werden auch dann uneingeschränkt fällig, wenn die Behandlung erfolglos blieb oder das Tier während der Behandlung versterben sollte.

Der Patient kann erst nach vollständig beglichener Rechnung entlassen werden. Geänderte Zahlungsbedingungen können ausschließlich **schriftlich vor der Behandlung/Operation** und getroffen werden.

Der **Gesamtbetrag** wird bei Abholung wie folgt bezahlt: ☐ bar ☐ EC/Kreditkarte

Im Voraus schriftlich getroffene Vereinbarung geänderter Zahlungsbedingungen: _____

PATIENTENUNTERLAGEN

Die in der Praxis angefertigten Krankenunterlagen, insbesondere die Aufzeichnungen über Laborergebnisse, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen bleiben aus urheberrechtlichen Gründen Eigentum der Praxis. Der Tierhalter hat keinen Anspruch auf die Herausgabe der Originalunterlagen. Das Recht der/des Patientenbesitzer:in auf Einsicht in die Aufzeichnungen, auf die Überlassung von Kopien auf seine Kosten und die Auskunftspflicht der/des behandelnden Tierärzt:in im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen bleibt davon unberührt.

VOLLMACHTSERKLÄRUNGEN

Ich bevollmächtige die folgende, weitere Person alle Informationen zum Tier einzuholen und gebe der Praxis mein Einverständnis, mein Tier an die folgende Person abzugeben.

Name: _____ Vorname: _____
Adresse: _____ Telefon: _____

DATENSCHUTZINFORMATIONEN

1. Im Zuge des zwischen Ihnen und uns bestehenden Behandlungsvertrages können Proben des zu behandelnden Tieres zur Auswertung und personenbezogene Daten an Labore weitergegeben werden. Hiermit erkläre ich mich einverstanden. Diese Zustimmung kann jederzeit ohne Angaben von Gründen für die Zukunft widerrufen oder abgeändert werden. Der Widerruf ist postalisch oder per E-Mail an info@tiermedizin-kelheim.de zu senden. Eine Folge des Widerrufs kann jedoch sein, dass wir das Behandlungsverhältnis nicht mehr oder nicht mehr im bisherigen Umfang fortführen können.
2. Informationen zum Behandlungsverlauf dürfen an die/den Haustierärzt:in weitergeleitet werden.
3. Den Datenschutzhinweis gem. EU-Datenschutzgrundverordnung habe ich zur Kenntnis genommen.

ABSCHLUSS

Mit der folgenden Unterschrift wird bestätigt, dass ich mit allen oben genannten Vereinbarungen einverstanden bin. Ich bestätige, dass alle angegebenen Daten korrekt und alle meine Fragen vollständig beantwortet worden sind. Außerdem wird bestätigt, dass ich fähig und willens bin, die in Anspruch genommene Behandlung zu bezahlen.

Datum: _____

Unterschrift Patientenbesitzer: _____

Unterschrift Tierärzt:in: _____

