



## AUFNAHMEFORMULAR

Für die korrekte Erfassung und um eine sichere Verarbeitung Ihrer Daten zu gewährleisten, bitten wir Sie, die Unterlagen vollständig auszufüllen.

**Tierbesitzer\*in** (bitte nur einen Namen angeben)

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

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

Ich handle in Vertretung - Tierhalter\*in ist:

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

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

---

### Tier

Hund  Katze  Vogel  Andere \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Rasse/Art: \_\_\_\_\_

Farbe: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

**Tätowierung/Chip-Nr.:**  nein  ja Nr. \_\_\_\_\_

**Heimtierpass-Nr.:** \_\_\_\_\_

**kastriert:**  nein  ja

**Geschlecht:**  weiblich  männlich

**Bei Katzen:**  Freigänger  Wohnungskatze

**Bei Kaninchen:** dient der Lebensmittelgewinnung  nein  ja

**Tierkrankenversicherung:**  nein  ja **Haustierarzt:** \_\_\_\_\_

---

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Google -Suche  Social Media  Weiterempfehlung  Andere \_\_\_\_\_

Überweisende Tierarztpraxis/Tierklinik \_\_\_\_\_

### **BLATT BITTE WENDEN**

**Vertretungsberechtigte** Christine Storm, Heiner Langbehn, **Handelsregister und Registernummer** Amtsgericht München  
Handelsregister-Nummer HRB 254053, **Umsatzsteueridentifikationsnummer** DE332910001, **Zuständige**  
**Aufsichtsbehörde** Bayerische Landestierärztekammer Bavariastr. 7a 80336 München

## Einwilligung in die Datenverarbeitung

Das Wohlergehen Ihres Tieres steht für uns an oberster Stelle. Wir sind Ihnen sehr dankbar, wenn Sie uns dabei unterstützen. Um die Gesundheit Ihres Tieres bestmöglich zu gewährleisten, möchten wir Ihnen regelmäßig Informationen zukommen lassen, die Ihnen helfen, die richtige Entscheidung zu treffen.

Insbesondere möchten wir Sie aus den folgenden Anlässen telefonisch kontaktieren:

- Praxisbezogene Informationen (z. B. Änderung der Geschäftsanschrift, Praxis-Urlaub, bevorstehende Veranstaltungen, Änderung der Sprechzeiten, Praxis-Umbau).
- Informationen rund um die Leistungen unserer Praxis (z. B. Erinnerung an Nachfolge-impfungen, Erstimpfungen passend zum Tier (insb. aufgrund gegenwärtig kursierender Krankheiten), jährliche Auffrischungsimpfungen, Kontroll- und Vorsorgeuntersuchungen (z. B. Dental-Check, Zecken-Prävention). Produktinformationen, Tiernahrung passend zum Tier, Senioren-Check auf typische altersbedingte Krankheiten und Anfälligkeiten.

Darüber hinaus möchten wir Sie zu den folgenden Anlässen per E-Mail kontaktieren:

o Regelmäßige Informationen, Neuigkeiten, Angebote zu tierrelevanten Themen sowie Informationen über unsere Unternehmensgruppe per Newsletter.

Sie haben gemäß Art. 7 Abs. 3 DSGVO das Recht, eine einmal erteilte Einwilligung jederzeit uns gegenüber zu widerrufen. Dies hat zur Folge, dass wir die Datenverarbeitung, die auf dieser Einwilligung beruht, für die Zukunft nicht mehr fortführen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Den Widerruf Ihrer Einwilligung können Sie an die obige Anschrift richten.

Ich erteile hiermit freiwillig meine Einwilligung in die oben genannte Verwendung meiner Daten.

---

Vorname, Nachname

---

Datum, Unterschrift