



Anmeldung für Neukunden

Bitte unbedingt vollständig und in Druckbuchstaben ausfüllen. Wir bitten Zur Verifizierung Ihrer personenbezogenen Daten um Vorlage eines gültigen Personaldokuments.

BESITZERANGABEN

Vorname

Nachname

Straße

PLZ/ Wohnort

Telefon

E-mail

☐ Ich habe das 18. Lebensjahr vollendet
und bin voll geschäftsfähig

ÜBERWEISENDER TIERARZT

Name

Anschrift

HAUSTIERARZT

Name

Anschrift

PATIENTENANGABEN

Name

Tierart ☐ Hund ☐ Katze ☐ Heimtier

Rasse

Geburtsdatum

Geschlecht ☐ weiblich ☐ kastriert
☐ männlich ☐ nicht kastriert

Gewicht

Fellfarbe

Tattoo-/ Mikrochip-Nr:

Ist Ihr Tier versichert? ☐ Ja ☐ Nein

Versicherungsträger

WICHTIGER HINWEIS

Aus organisatorischen Gründen rechnen wir erst ab einem Betrag von 300EUR direkt mit Ihrer Versicherung ab. Bei Rechnungen von weniger als 300EUR ist eine Vorkasse durch den/ die Versicherungsnehmende verpflichtend.

Zahlungsweise: ☐ Bar ☐ EC-oder Kreditkarte*

*VISA & Mastercard, Bonität vorausgesetzt

Ich versichere, dass ich Eigentümer*in des vorgestellten Tieres bin bzw. im Auftrag des/der Eigentümer*in handle und dass ich die im Rahmen des Behandlungsvertrags entstehenden Kosten vollumfänglich umgehend bzw. im Falle von stationärer Betreuung bei Abholung des Tieres begleichen werde. In Ausnahmefällen kann die Bezahlung nach Leistung einer Anzahlung in Höhe von 75% auf Rechnung erfolgen. Dies wird im Einzelfall durch die Praxisverwaltung entschieden und ist unbedingt vor Inanspruchnahme einer Dienstleistung zu klären. Diesem Vorgehen stimme ich ausdrücklich zu.

Datum

Unterschrift



Übernahme der Behandlungskosten des oben genannten Tieres

Bitte unbedingt vollständig und in Druckbuchstaben ausfüllen. Wir bitten zur Verifizierung Ihrer personenbezogenen Daten um Vorlage eines gültigen Personaldokuments.

KOSTENÜBERNAHME

Vorname _____

Nachname _____

Straße _____

PLZ/ Wohnort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Ich versichere, dass ich das Einverständnis des Tierbesitzenden habe, das oben genannte Tier behandeln zu lassen. Ich versichere zudem die im Rahmen des Behandlungsvertrags entstehenden Kosten vollumfänglich umgehend bzw. im Falle von stationärer Betreuung bei Abholung des Tieres zu begleichen. In Ausnahmefällen kann die Bezahlung nach Leistung einer Anzahlung in Höhe von 75% auf Rechnung erfolgen. Dies wird im Einzelfall durch die Praxisverwaltung entschieden und ist unbedingt vor Inanspruchnahme einer Dienstleistung zu klären.

Zahlungsweise:

☐ Bar

☐ EC- oder Kreditkarte*

*VISA, Mastercard, American Express, JCB, Diners Club.

Bonität vorausgesetzt

☐ Ich habe das 18. Lebensjahr vollendet und bin voll geschäftsfähig

Datum

Unterschrift

Allgemeine Geschäftsbedingungen

1. Die Behandlung und stationäre Aufnahme des vorgestellten Tieres erfolgt ausschließlich auf der Grundlage des Aufnahmebogens sowie der Geschäftsbedingungen des Praxisbetriebs „Die Kleintierärzte Düsseldorf“. Die das Tier vorstellende Person ist verpflichtet, bei Vorstellung des Tieres den Aufnahmebogen vollständig und wahrheitsgemäß auszufüllen. Sollte zu einzelnen Punkten keine Angaben gemacht werden können, ist dies im Aufnahmebogen deutlich kenntlich zu machen.
2. Die das Tier vorstellende Person versichert, dass der/ die Patienteneigentümer*in mit der Behandlung des Tieres einverstanden ist und die aus der Behandlung entstehenden Kosten trägt. Für den Fall, dass die das Tier vorstellende Person keine Bevollmächtigung des/ der Patienteneigentümers*in erhalten hat, ist der die das Tier vorstellende Person selbst für die entstehenden Kosten einstandspflichtig.
3. Die voraussichtlichen Kosten für Behandlungen und Untersuchungen eines Tieres können vor Abschluss der Behandlung nur als grobe Schätzung mit hoher Schwankungsbreite angegeben werden. Gegebenenfalls seitens der Praxis Die Kleintierärzte Düsseldorf vorab angegebene Schätzwerte sind keinesfalls als Festpreise zu verstehen, sondern stellen nur Durchschnittskosten dar, die im Einzelfall je nach Verlauf der Behandlung abweichen können.
4. Die Kleintierärzte Düsseldorf schuldet die sorgfältige und gewissenhafte Untersuchung des Tieres sowie die Durchführung der erforderlichen Therapie nach tiermedizinischem Standard und jeweiligem Auftrag.
5. Die Kleintierärzte Düsseldorf übernimmt keinerlei Gewähr für den Erfolg einer Operation oder Behandlung. Die Kleintierärzte Düsseldorf hat den/ die Patienteneigentümer*in bzw. die das Tier vorstellende Person über Art und Weise der Behandlung und eventuell bestehende Risiken aufgeklärt. In Kenntnis dieser Risiken ist die Zustimmung zu der Behandlung erteilt worden, so dass Schadensersatzansprüche wegen typischer Risiken bzw. Komplikationen ausgeschlossen sind.
6. Für die durch Unglücksfälle, durch Infektionen oder durch andere Umstände entstehenden Beschädigungen oder Verluste des Tieres wird keine Haftung übernommen.



Einwilligung in die Datenverarbeitung

EVIDENSIA Tierkliniken und -praxen Nordrhein GmbH
-Die Kleintierärzte Düsseldorf-
Volmerswerther Straße 80-86
40221 Düsseldorf

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, Praxisurlaub, bevorstehende Events, Änderung der Sprechzeiten, Umbau)
- Information rund um die Leistungen unserer Praxis (z. B. Erinnerungen an Nachfolgeimpfungen, Erstimpfung passend zum Tier (insbesondere aufgrund gegenwärtig kursierender Krankheiten), jährliche Auffrischungsimpfungen, Kontroll- und Vorsorgeuntersuchungen (z. B. Dental-Check, Zecken-Prävention).
- Produktinformationen, Tiernahrung passend zum Tier, Senioren-Check nach typischen altersbedingten Krankheiten und Anfälligkeiten.

Zudem möchten wir Sie aus den folgenden Anlässen per E-Mail kontaktieren:

- Regelmäßige Informationen, Neuigkeiten, Angebote zu tierrelevanten Themen und zu unserer Unternehmens-Gruppe 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 beruhte, 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



Bekanntheitsumfrage

Um unseren Service und Dienstleistungen zu optimieren, bitten wir Sie um folgende Information.

Wie sind Sie auf *Die Kleintierärzte Düsseldorf* aufmerksam geworden?

(bitte ankreuzen)

- ☐ Google Suche
- ☐ Google Maps
- ☐ Google MyBusiness
- ☐ Facebook
- ☐ Instagram
- ☐ Werbung (z. B. Plakatierung)
- ☐ Website Forum
- ☐ Persönliche Empfehlung
- ☐ Empfehlung/ Überweisung durch Tierarzt/ Tierärztin
- ☐ Sonstiges (Youtube, TV, Radio, Zeitschriften)

Ihr Vertrauen

Ihr Vertrauen ist uns wichtig. Wir verstehen Ihre Sorgen und Wünsche. Deshalb helfen wir unseren Patienten nicht nur mit Engagement und Leidenschaft, sondern mit moderner Technik und hervorragend ausgebildetem Personal.

Sollten Sie mit unseren Leistungen einmal nicht zufrieden sein, wenden sie sich bitte an unser Qualitätsmanagement unter qualitaet@diekleintieraerzte.de