

Patientenaufnahmeschein

Herzlich Willkommen im Fachtierärztlichen Zentrum Dr. Berger.

Sie besuchen uns heute zum ersten Mal oder waren länger nicht hier. Um eine genaue Dokumentation gewährleisten zu können, legen wir von jedem Patienten eine Karteikarte an. Dazu benötigen wir einige Angaben von Ihnen und Ihrem Tier.

Diese Daten werden in unserer EDV gespeichert, sie unterliegen der tierärztlichen Schweigepflicht.

Auftraggeber (Person, die das Tier zur Behandlung vorstellt) ist Rechnungsempfänger:	
Name:	Vorname:
Straße / Haus-Nr.:	Telefon privat:
PLZ / Wohnort:	Telefon beruflich:
E- Mail Adresse:	Telefon Mobilfunk:

Bitte den Chip auslesen lassen, damit dieser auf der Rechnung steht: ja ☐ (Kosten ca. 8,-EUR) nein ☐			
Name Patient:	Hund ☐ Rasse:	Katze ☐	Geb.-Datum: Gewicht :
Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich	Kastriert: ☐ ja ☐ nein	Bei Tasso registriert: ☐ ja ☐ nein	

Bitte wählen Sie eine oder mehrere der folgenden Zahlungsmöglichkeiten:

☐ BAR (keine 500,- € Scheine)	☐ EC-Karte (möglich ab 20,-€)	☐ Kreditkarte (möglich ab 20,-€)
--	--	---

Die Abrechnung erfolgt immer direkt nach der Behandlung.

Eine Zahlung auf Rechnung oder Direktabrechnung mit einer Versicherung ist leider nicht möglich.

Falls Sie nicht vollständig bezahlen können, sprechen Sie uns bitte **vor der Behandlung** an. Bei größeren Operationen sowie längerem stationärem Aufenthalt erbitten wir eine Anzahlung vorab.

Grundlage für die Erstellung der Liquidation sind die Gebührenordnung für Tierärzte (GOT) und die Arzneimittel- Preisverordnung (AmPrV).

Mir ist bekannt, dass die Kleintierpraxis ein Zurückbehaltungsrecht an dem behandelten Tier zusteht, wenn ich nicht bereit oder dazu in der Lage bin, die durch die Behandlung des Tieres entstandenen Kosten zu zahlen.

Einwilligung zur Nutzung bzw. Weitergabe von personenbezogenen Daten, Angaben zum Tier und Behandlungsverlauf an mich und Dritte

Zur erfolgreichen Behandlung ist es notwendig, dass die erhobenen Daten, soweit zur Diagnosefindung erforderlich, im Rahmenweiterführender Behandlung und Diagnostik an Untersuchungslabore, Institute, andere Tierärzte und Gutachter unverschlüsselt per E-Mail, Schnittstelle oder Fax übermittelt werden.

☐ **Ja, ich stimme der Nutzung meiner Daten für zukünftige Behandlungsverträge (auch durch einen Nachfolger) und der Übermittlung von Informationen zur Behandlung (bspw. Laborergebnisse, Terminplanung, Zustand) oder anderen Leistungen und Angeboten (bspw. Impferinnerung) zu.**

Wünschen Sie einen Bericht vom heutigen Besuch bei uns an Ihren Haustierarzt oder an den überweisenden Tierarzt?

☐ **Ja**, bitte senden Sie einen Bericht an folgenden **Tierarzt** (bitte Namen und Ort angeben):

Name Tierarzt/Praxis:

Ort:

☐ **Nein, es muss kein Bericht geschickt werden**

Sie können Ihre Einwilligungen jederzeit für die Zukunft und ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Behandlungsvertrag

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Personalien und beauftrage das Tierärztliche Zentrum mit der Behandlung des umseitig genannten Tieres.

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistung abzuschließen. Ich versichere ferner, dass ich in der Lage bin, die durch die Behandlung entstehenden Kosten zu tragen. Ich erkläre dazu, dass ich mich zum Zeitpunkt der Erklärung in keinem gerichtlichen Schuldnerverfahren befinde und dass das Schuldnerverzeichnis des für mich zuständigen Amtsgerichtes keine Eintragungen zu meiner Person aufweist.

Falls 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 Behandlungskosten aufkomme.

Bei Zahlung auf Rechnung über eine Verrechnungsstelle akzeptiere ich die Übergabe meiner Daten. Ich akzeptiere die Zahlungsbedingungen und bestätige, dass ich die **Informationen zum Datenschutz** nach Art. 13 DSGVO erhalten habe.

Heede, den

Unterschrift Tierhalter/Auftraggeber