

### Angaben zum Besitzer (oder gesetzlichen Vertreter)

Nachname	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>	Haus-Nr.	<input type="text"/>
PLZ	<input type="text"/>	Wohnort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	Mobil	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>	Geb.-Datum	<input type="text"/>

### Angaben zum Tier

Name	<input type="text"/>	Rasse	<input type="text"/>
Hund <input type="checkbox"/> Katze <input type="checkbox"/> Vogel <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/>	männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> kastriert <input type="checkbox"/>		
Geb.-Datum/Alter	<input type="text"/>	Herkunftsland	<input type="text"/>
Chip-Nr.	<input type="text"/>	OP-/Krankenversicherung	<input type="text"/>
Gibt es Medikamente, wenn ja welche:	Gibt es bekannte Vorerkrankungen:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

**Durch Ihre Unterschrift gehen Sie mit der Kleintierpraxis Astrid Köhnen einen Behandlungsvertrag ein, durch den Sie sich verpflichten, alle durch die Behandlung anfallenden Kosten zu tragen.** Dies schließt auch die seit dem 14.02.2020 geltenden geänderten Gebühren für den Notdienst mit ein. Damit wir Ihrem Tier die bestmögliche Behandlung zukommen lassen, Ihre Fragen schnell beantworten und unsere Leistungen ordnungsgemäß abrechnen können, benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Alle Angaben fallen unter die tierärztliche Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Für die Erfassung und Nutzung der übrigen personenbezogenen Daten benötigen wir Ihre Einwilligung, die Sie im Rahmen dieses Formulars erteilen können.

Sollten Sie nicht der Halter des Tieres sein, versichern Sie durch Ihre Unterschrift ausdrücklich, im Auftrag des Halters zu handeln.

**Bitte haben Sie Verständnis, dass Behandlungen, klinische Leistungen und Medikamentenabgaben grundsätzlich direkt Bar oder mit Ec-Karte bezahlt werden müssen. Sollte Ihnen eine komplette Bezahlung nach Ende der Behandlung nicht möglich sein, so sprechen Sie dies bitte mit dem behandelnden Tierarzt bereits vor der Behandlung ab. Wir akzeptieren keine Kreditkarten.**

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich das „Informationsblatt zum Datenschutz in der Kleintierpraxis Astrid Köhnen“, Stand 24.05.2018, gelesen und verstanden habe.**

**Wir informieren Sie gerne ausführlich.**

Datum, Ort

Unterschrift

## **Europäische Datenschutzgrundverordnung (DSGVO):**

Sehr geehrte Tierhalterin, sehr geehrter Tierhalter, zur Abwicklung des zwischen Ihnen und unserer Praxis einzugehenden Behandlungsvertrags verarbeiten wir von Ihnen sogenannte personenbezogene Daten (gemäß Art. 6 Abs. 1 b) DGSVO)

### **Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns wichtig!**

Die Weitergabe geschieht nicht zu Werbezwecken o.Ä.

### **Einwilligungserklärung zur Datennutzung:**

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die Kleintierpraxis Astrid Köhnen meine auf der Anmeldung angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhebt.

- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt werden dürfen (da Sie sonst bei jedem weiteren Besuch, das Formular neu ausfüllen müssen)
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen tierärztlicher Überweisungen an andere Tierarztpraxen, -kliniken übermittelt werden dürfen (z.B. wegen Rückfragen oder Überweisungen)
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig, im Rahmen weiterführender Diagnostik an Untersuchungslabore und Institute übermittelt werden dürfen (z.B. bei weiterführenden Blutuntersuchungen und Untersuchungen von Gewebeproben)
- Ich willige ein, dass die Kleintierpraxis Astrid Köhnen mich oder eine von mir genannte Person im Rahmen des Behandlungsvertrags telefonisch, postalisch oder per E-Mail kontaktieren darf (um Sie z.B. über den Behandlungsstand Ihres Tieres, Terminänderungen oder Ergebnisse von weiterführenden Untersuchungen besprechen zu können)
- Ich bestätige die Richtigkeit meiner umseitig aufgeführten Personalien und gebe den Auftrag zur Untersuchung bzw. Behandlung und – falls erforderlich zur Operation meines Tieres
- Ich nehme zur Kenntnis, dass bei Vorstellung im Notdienst alle Leistungen im Rahmen der Gebührenordnung für Tierärzte einen Zuschlag erfahren und erkläre mich damit einverstanden

---

Datum, Ort

---

Unterschrift