

Datum, Ort

Angaben zum Besitzer (oder gesetzlichen Vertreter)	
Nachname	Vorname
Straße	Haus-Nr.
PLZ	Wohnort
Telefon	Mobil
Email	GebDatum
Angaben zum Tier	
Name	Rasse
Hund Katze Vogel Sonstiges	männl. weibl. kastriert
GebDatum/Alter	Herkunftsland
Chip-Nr.	OP-/Krankenversicherung
Gibt es Medikamente, wenn ja welche:	Gibt es bekannte Vorerkrankungen:
durch den Sie sich verpflichten, alle durch die Behandie seit dem 14.02.2020 geltenden geänderten Gebühre bestmögliche Behandlung zukommen lassen, Ihre Fragen so	praxis Astrid Köhnen einen Behandlungsvertrag ein, dlung anfallenden Kosten zu tragen. Dies schließt auch en für den Notdienst mit ein. Damit wir Ihrem Tier die chnell beantworten und unsere Leistungen ordnungsgemäß formationen. Alle Angaben fallen unter die tierärztliche
Für die Erfassung und Nutzung der übrigen personenbez Rahmen dieses Formulars erteilen können.	ogenen Daten benötigen wir Ihre Einwilligung, die Sie im
Sollten Sie nicht der Halter des Tieres sein, versichern Sie du handeln.	ırch Ihre Unterschrift ausdrücklich, im Auftrag des Halters zu
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.	

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 Grundlagegesetzlicher 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