



KLINIK UND PRAXIS FÜR KLEINTIERE

Neuanmeldung

Auftraggeber*in: Wann war Ihr letzter/wann ist Ihr erster Besuch bei uns? Datum, Uhrzeit: _____

Name: _____ Vorname: _____ Titel: _____

Adresse: _____ Geburtsdatum*¹: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Telefon: _____ Mobil-Nr.: _____

E-Mail-Adresse: _____

Tier: _____

Name: _____ Geb.Datum: _____ Fellfarbe: _____

Rasse: _____ Geschlecht: _____ Gewicht: _____

Chip/Tattoo-Nummer: _____ kastriert:

Werden z.Zt. Medikamente verabreicht? Welche? _____

Besteht eine Tierversicherung? Nein Uelzener Agila Sonstige: _____

(Falls Ja, bringen Sie bitte Ihre Versicherungspolice/Ihren Versicherungsschein mit.)

Grund des Besuchs: _____

Haustierarzt/-ärztin (wenn vorhanden): _____

Ja, bitte geben Sie bis auf Widerruf meine Daten an meine/n Haustierarzt/-ärztin weiter.

Nein, bitte geben Sie bis auf Widerruf **keine** Daten an meine/n Haustierarzt/-ärztin weiter.

Weitergabe von personenbezogenen Daten, Angaben zum Tier und Behandlungsverlauf an Dritte:

Ja, ich willige ein, Nein, ich willige **nicht** ein,

dass meine Daten, Angaben zum Tier und Behandlungsverlauf im erforderlichen Umfang, wie in der zur Verfügung gestellten Information zur Datenverarbeitung weitergegeben werden dürfen. Hier sind ebenfalls weitere Details, Wege des Widerrufs sowie eine Liste der externen Empfänger zu finden.

Kommunikation allgemeiner praxisbezogener Informationen und Zusatzleistungen:

Ja, ich willige ein, Nein, ich willige **nicht** ein,

dass meine Daten im erforderlichen Umfang zur Kommunikation von z.B. Änderungen der Sprechzeiten, Informationen zu Leistungen, Erinnerungen an Nachfolgetermine, wie in der zur Verfügung gestellten Information zur Datenverarbeitung verwendet werden dürfen. Hier sind ebenfalls alle Details zur Datenverarbeitung zu finden.

Nach der Behandlung begleiche ich die Kosten: bar EC-Karte Kreditkarte

Mit meiner folgenden Unterschrift erkläre ich mich bereit die gesamten Behandlungs- Medikamenten- sowie sämtliche intern & extern angefallenen Laborkosten in bar o. per EC-/Kreditkarte sofort und vollständig zu entrichten. Ich bin zahlungsfähig und habe keine eidestattliche Versicherung abgegeben. Außerdem erkläre ich mich mit der Speicherung und Weiterverarbeitung meiner personenbezogenen Daten, insbesondere mit der Hinterlegung einer Kopie meines Personalausweises und dem Einholen einer Bonitätsauskunft*¹ zu meiner Person, einverstanden.

Ich habe die Informationen über die Datenverarbeitung erhalten und bin damit einverstanden.

Datum _____ Unterschrift _____
(Auftraggeber*in)