

Neuanmeldung

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

Name: _____ Vorname: _____ Titel: _____

Geburtsdatum*¹: _____

Adresse: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail-Adresse: _____

Tier:

Name: _____ Geb.Datum: _____ Fellfarbe: _____

Rasse: _____ Gewicht: _____ Geschlecht: _____ kastriert: ☐

Chip/Tattoo-Nummer: _____

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, z.B. an externe Labore zur Analyse von Proben, Ehepartner, Familienmitgliedern, ggf. andere Ärzt*innen zur Einholung einer Zweitmeinung, Futtermittelhersteller etc., weitergegeben werden dürfen. Meine Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen direkt bei der Tierklinik Lüneburg widerrufen werden. Sollten einzelne Weitergaben nicht erwünscht sein, geben Sie uns bitte Bescheid, damit wir diese berücksichtigen können. (*)Weitere Details sowie die aktuelle Liste unserer externen Partner finden Sie in unserem Dokument „Information zum Datenschutz“.

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 oder per EC-/Kreditkarte sofort und vollständig zu entrichten. Ich bin zahlungsfähig und habe keine eidesstattliche 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 zum Datenschutz der Tierklinik Lüneburg gemäß Art. 13 DSGVO erhalten und bin damit einverstanden.

Datum _____ Unterschrift _____
(Auftraggeber*in)