

## Neuanmeldung

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

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum\*: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

**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 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)