

ANMELDEFORMULAR

Für korrekte Einträge in unsere Patientendatei und die Rechnungserstellung erbitten wir folgende Angaben. Vielen Dank für Ihre Mühe im Voraus.

ANGABEN ZUM BESITZER

Vorname: _____ Nachname: _____
Strasse: _____ PLZ, Ort: _____
Festnetz: _____ Handy: _____
E-Mail: _____

ANGABEN ZUM PATIENTEN

Hund Katze Kaninchen Meerschweinchen Andere: _____
Name: _____ Rasse: _____ Farbe: _____
Geburtsdatum: _____ Gewicht: _____
weiblich kastriert
männlich kastriert
Tätowierungsnummer oder Microchipnummer: _____
EU-Heimtierausweisnummer: _____

WIR BITTEN UM SOFORTIGE BEZAHLUNG NACH DER BEHANDLUNG.

Bevorzugte Zahlungsmethode: bar EC Cash

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und akzeptiere die Zahlungsbedingungen.

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistungen der TIERARZTPRAXIS DOC OPP zu schließen. Falls ich nicht Halter des Tieres bin, versichere ich, im ausdrücklichen Auftrag des Tierhalters zu handeln. Fehlt es an einer Bevollmächtigung oder steht der Tierhalter eine Bevollmächtigung in Abrede, bestätige ich hiermit, dass ich für die entstehenden Kosten aus der Behandlung aufkomme. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Personalien und gebe den Auftrag zur Untersuchung / Behandlung, bzw. Operation des o. g. Tieres. Falls es zur Diagnosefindung erforderlich ist, ermächtige ich die Praxis, Leistungen Dritter (Labors, Spezialuntersuchungsanstalten u.ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen. Hiermit stimme ich der elektronischen Speicherung meiner Daten zu.

Ort / Datum: _____

Unterschrift: _____



TIERARZTPRAXIS



Dr. med. vet. Verena Opp
Wilhelmstrasse 14
45219 Essen

02054.9839080
post@tierarzt-opp.de
www.tierarzt-opp.de

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR DATENNUTZUNG ZU WEITEREN ZWECKEN

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DES TIERHALTERS

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

Für jede darüberhinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen, ebenso für eine Weiterleitung an Dritte, bedarf es regelmäßig Ihrer Einwilligung. Eine solche Einwilligung können Sie nachfolgend freiwillig erteilen.

EINWILLIGUNG IN DIE DATENNUTZUNG ZU WEITEREN ZWECKEN

(bitte ankreuzen)

Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt werden dürfen.

Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig, im Rahmen tierärztlicher Überweisungen an andere Tierarztpraxen, -kliniken übermittelt werden dürfen.

Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig, im Rahmen weiterführender Diagnostik an Untersuchungslabore und Institute übermittelt werden dürfen.

Ich willige ein, dass mich die **TIERARZTPRAXIS DOC OPP** telefonisch über Laborergebnisse und Terminplanung informiert.

Ich willige ein, dass mich die **TIERARZTPRAXIS DOC OPP** per Post, E-Mail oder SMS, zur Impferinnerung, Ultraschallkontrolle etc., kontaktiert.

Ort / Datum: _____

Unterschrift: _____