

# Anmeldeformular

Liebe Tierbesitzerin, lieber Tierbesitzer,

herzlich willkommen in der Tierklinik Dr. Doering & Partner. Für korrekte Einträge in unsere Patientendatei und die Rechnungserstellung erbitten wir folgende Angaben. Bitte füllen Sie dazu diesen Fragebogen aus. Falls Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Wir bedanken uns für Ihr Verständnis! *Ihr Tierklinik-Team Dr. Doering & Partner*

**Angaben zum Auftraggeber:**

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ	Wohnort
Telefon privat	Telefon dienstlich	
Mobiltelefon	E-Mail	

**Angaben zum Patienten:**

Tierart/ Rasse	Rufname des Tieres	Farbe
Geschlecht männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	Geburtsstag oder geschätztes Alter	kastriert ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Tätow./Chip-Nr.	Name, Adresse Ihres Haustierarztes	Name, Adresse der überweisenden Tierarztpraxis
Tierkrankenversicherung: Falls ja – Versicherungsgesellschaft.:		
Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie per Mail, z.B. zwecks Kundenumfrage und -zufriedenheit, kontaktieren? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		

*Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistungen der Tierärztlichen Klinik Dr. Doering & Partner zu schließen. Falls ich nicht Halter des Tieres bin, versichere ich, im ausdrücklichen Auftrag des Tierhalters zu handeln. Fehlt es an einer Bevollmächtigung oder stellt der Tierhalter diese 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. **Ich bezahle meine Rechnung sofort am Behandlungs-/ Operationstag bar oder mittels EC-Karte.***

*Die nachfolgenden Informationen zur elektronischen Datenverarbeitung und –speicherung habe ich gelesen und stimme der Verarbeitung meiner Daten zu.*

*Unsere Tierärzte, wie auch unsere nicht-tierärztlichen Mitarbeiter sind aufgrund*  
 - § 203 Strafgesetzbuch (StGB, Verletzung von Privatgeheimnissen),  
 - § 17 Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb (UWG, Verrat von Geschäfts- und Betriebsgeheimnissen),  
 - der Besonderen Geheimhaltungsvorschriften unserer Praxis  
*zur Berufsverschwiegenheit verpflichtet.*

*Zur Verschwiegenheit zählen der Umstand des Zustandekommens des Patientenverhältnisses und sämtliche Informationen, die der Patientenbesitzer uns im Rahmen des Patientenverhältnisses in Bezug auf sich selbst oder sein Tier bzw. dessen Einsatz, Beschaffenheit, Vorerkrankungen oder tierärztliche Vorbehandlungen mitteilt. Bitte beachten Sie, dass ein Mandatsverhältnis nicht schon mit einer Anfrage zustande kommt. Dennoch werden wir Informationen, die sich aus solchen Anfragen ergeben, ebenfalls vertraulich behandeln.*

*Sämtliche für unsere Praxis tätigen Personen sind mit den Datenschutz- und Geheimhaltungsvorschriften vertraut und entsprechend eingearbeitet. Wir speichern die von Ihnen gemachten persönlichen Angaben, die Daten Ihres Tieres und dessen Krankheitsgeschichte, sämtliche gewonnenen Erkenntnisse aus unseren Untersuchungen inkl. Ergebnisse bild-gebender Verfahren und Behandlungen wie auch sämtliche Daten der Fakturierung und des Zahlungsverkehrs.*

*Selbstverständlich geben wir ohne entsprechende Vollmacht keine Daten an Dritte weiter. Eine Ausnahme hiervon stellen Überweisungen von tierärztlichen Kollegen dar, da wir dem Kollegen telefonisch wie auch schriftlich über unsere Untersuchungen und Behandlungen informieren, damit die künftige Versorgung Ihres Tieres weiterhin durch möglichst vollständiges Wissen um dessen Krankheitsgeschichte gewährleistet bleibt. Mit Ihrer Unterschrift bevollmächtigen Sie uns zu dieser Vorgehensweise.*

*Wir weisen Sie ausdrücklich darauf hin, dass die Untersuchungen und Behandlungen an Ihrem Tier unerwartetes Verhalten – insbesondere plötzliche Aggressivität – hervorrufen kann. Für etwaige Verletzungen oder Schäden, die Ihnen während des Aufenthaltes in unserer Klinik zugefügt werden könnten, können wir nicht verantwortlich oder haftbar gemacht werden.*

*Wenn Sie diesbezüglich Vorsichtsmaßnahmen wünschen (z.B. Maulkorb anlegen, Verlassen des Behandlungsraumes), teilen Sie dies bitte der behandelnden Tierärztin / dem behandelnden Tierarzt mit.*

Kassel,

Ort, Datum

Unterschrift