



Anmeldebogen

Patientenbesitzer Vertreter

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Tel.: _____

E-Mail: _____

Patient

Name: _____

Tierart, Rasse: _____

Geschlecht: _____

Kastriert: _____

Geburtsdatum: _____

Mikrochipnummer: _____

Tierkrankenversicherung:

Ja Nein

Versicherung: _____

Zahlungsweise:

Bar EC-Karte Kreditkarte

Datum, Unterschrift des Tierhalters/Vertreters _____

1. Vertragsgrundlagen

Untersuchungsergebnisse und Befundmitteilungen versenden wir grundsätzlich per E-Mail. Hierfür bitten wir Sie um Ihre E-Mail-Adresse und Ihr Einverständnis.

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistungen des Tierärztlichen Zentrum für Kleintiere Hallbergmoos zu schließen.

Sofern ich nicht Halter des Tieres bin, versichere ich im ausdrücklichen Auftrag des Tierhalters zu handeln. Fehlt es an einer Bevollmächtigung oder stellt der Tierhalter eine Bevollmächtigung in Abrede, bestätige ich hiermit, dass ich für die entstehenden Kosten der Behandlung aufkommen werde.

Die Vergütung tierärztlicher Leistungen richtet sich nach der aktuellen Gebührenordnung für Tierärzte (GOT).

- Ich bestätige die Richtigkeit meiner umseitig aufgeführten Personalien und gebe den Auftrag zur Untersuchung bzw. Behandlung und – falls erforderlich – zur Operation meines Tieres.
- Ich genehmige, dass an vor- oder nachbehandelnde Tierärzte Befunddaten weitergegeben werden. Falls ich dies nicht wünsche, komme ich auf Sie zu.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass bei Vorstellung im Notdienst alle Leistungen im Rahmen der Gebührenordnung für Tierärzte einen Zuschlag erfahren und erkläre mich damit einverstanden.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass ich mir jederzeit eine Kostenschätzung geben lassen kann. Sollte ich eine solche benötigen, oder Fragen zu den Kosten haben komme ich meinerseits auf Sie zu.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass auch bei Vorliegen einer Tierkrankenversicherung keine direkte Abrechnung der Tierarztpraxis mit der Versicherung erfolgt.
- Ich wurde darauf hingewiesen, dass, je nach Versicherungsvertrag, Tierkrankenversicherungen Leistungen nach GOT teilweise nicht oder nur eingeschränkt übernehmen.
- Ich versichere, dass ich nicht zahlungsunfähig bin und dass ich mich weder in einem Verbraucherinsolvenz- noch in einem Konkursverfahren befinde.
- Ich bestätige, dass mein Tier nicht der Lebensmittelgewinnung dient. Falls dies doch der Fall ist, informiere ich das Tierärztliche Zentrum Hallbergmoos darüber.

Ich wurde auf das Bestehen der AGB und deren Inhalt hingewiesen. Den Text der vor Ort ausgelegten AGB habe ich zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der Einbeziehung der AGB in das Behandlungsverhältnis einverstanden.

Datum, Unterschrift des Tierhalters/Vertreter _____

2. Direktabrechnung

Der Unterzeichner verpflichtet sich, die für die tierärztliche Behandlung eines Tieres nach der zurzeit gültigen Gebührenordnung für Tierärzte (GOT) entstehenden Kosten nach der Behandlung direkt zu begleichen.

Die Bezahlung der Behandlungskosten erfolgt in bar, per EC – Karte oder per Kreditkarte.

Das im Tierärztlichen Zentrum für Kleintiere Hallbergmoos behandelte Tier, wird erst nach der Zahlung der zustande gekommenen Behandlungskosten in die Hände des Besitzers/Vertreterers entlassen.

Datum, Unterschrift des Tierhalters/Vertreterers_____

3. Allgemeine Datenschutzhinweise:

Wir verwenden die von Ihnen mit diesem Formular erhobenen personenbezogenen Daten zur Durchführung des Dienstleistungsvertrags. Eine Verarbeitung zu anderen Zwecken erfolgt nur aufgrund einer entsprechenden Rechtsgrundlage.

Wenn Sie von einer anderen Tierarztpraxis/Tierklinik an uns überwiesen werden, erhalten wir von der überweisenden Tierarztpraxis/Tierklinik vorab folgende personenbezogenen Daten: Name, Adresse, Telefonnummer.

Nähere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten, zu den Datenempfängern und zu Ihren damit verbundenen Rechten finden Sie in den ausgelegten Datenschutzinformationen und auf unserer Webseite. Auf Nachfrage stellen wir Ihnen die Datenschutzinformationen auch in ausgedruckter Form zur Verfügung.

Unsere Tierärzte sowie sämtliche Mitarbeiter sind aufgrund:

- § 203 Strafgesetzbuch (StGB, Verletzung von Privatgeheimnissen)
- § 17 Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb (UWG, Verrat von Geschäfts- und Betriebsgeheimnissen)
- besonderer, intern geregelter Geheimhaltungsvorschriften unserer Tierarztpraxis

zur Berufsverschwiegenheit verpflichtet.

Informationen nach § 3 der Dienstleistung-Informationspflichten-Verordnung / Berufsrechtliche Regelungen:

- Bundes-Tierärzteordnung
- Berufsordnung für die Tierärzte in Bayern

Alle Gesetze und Satzungen sind unter <https://www.bltk.de> einsehbar.

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass Bildaufnahmen, die im Tierärztlichen Zentrum für Kleintiere Hallbergmoos angefertigt wurden und auf denen mein Tier zu sehen ist, von der Praxis unentgeltlich und unwiderruflich, räumlich und zeitlich unbeschränkt, für alle in Betracht kommenden Nutzungszwecke verwendet werden dürfen. Die Nutzung schließt die Veröffentlichung auf der Homepage und in den sozialen Medien des Tierärztlichen Zentrums für Kleintiere Hallbergmoos ein. Das Tierärztliche Zentrum Hallbergmoos verpflichtet sich, die Fotoaufnahmen ohne personenbezogene Daten zu veröffentlichen.

Ja

Nein

Datum, Unterschrift des Tierbesitzers/Vertreters: _____