

Anmeldebogen für kleine Heimtiere

Tierarztpraxis Gabriele Heuser

Hauptstraße 115, 53639 Königswinter

Angaben zum Auftraggeber:

Nachname:	Vorname:
Straße:	Hausnummer:
PLZ:	Wohnort:
Festnetz-Nr.:	Mobil-Nr.:
Emailadresse:	

Angaben zum Tier:

Name:	Tierart:
Geburtsdatum:	Rasse:
Fellfarbe:	Krankenversicherung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Kastriert: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Möchten Sie in Zukunft über ausstehende Impfungen Ihres Tieres informiert werden (Kaninchen)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Vorerkrankungen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nimmt Ihr Tier zur Zeit Medikamente ein? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Unverträglichkeiten/Allergien: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Lebensmittel-lieferndes Tier: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Partnertier: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Platz für Anmerkungen:

Wir weisen Sie darauf hin, dass die Rechnung über erbrachte Leistungen und Medikamente sofort/nach jeder Behandlung zu begleichen ist. Sie haben die Möglichkeit bar oder per EC-Karte mit PIN zu bezahlen.

Mit Ihrer Unterschrift versichern Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben und akzeptieren die Zahlungsbedingungen.

Sollte sich etwas an Ihren Angaben ändern, so verpflichten Sie sich mit Ihrer Unterschrift die Tierarztpraxis Heuser **vor** der nächsten Behandlung unaufgefordert hierüber zu informieren.

Königswinter, den _____ Unterschrift: _____

Einwilligung Datenschutz gemäß Informationsblatt zum Datenschutz (Stand 23.10.2020)

Sollten Sie nachfolgende Punkte nicht ankreuzen, so gilt Ihre Einwilligung als verweigert:

- Vorname, Name, Anschrift:** Ich erkläre hiermit, dass meine Daten korrekt sind und ich damit einverstanden bin, dass meine Angaben in der Datenbank der Tierarztpraxis Gabriele Heuser gespeichert werden (handschriftlich und elektronisch).
- Telefonnummern:** Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Telefonnummern gespeichert werden (handschriftlich und elektronisch) und ich für Rückfragen, Auskünfte, Terminabsprachen kontaktiert werden darf.
- Fax/E-Mail:** Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Emailadresse/Faxnummer gespeichert wird (handschriftlich und elektronisch) und ich für Rückfragen, Auskünfte, Terminabsprachen kontaktiert werden darf.
- Abrechnung, Versand Ihrer Daten:** Ich erkläre mich einverstanden, dass im Rahmen der Rechnungserstellung und Abrechnung meine Daten an die zuständige Verrechnungsstelle / Kreditstelle (nur bei EC-Zahlung) und an das zuständige Steuerbüro übermittelt werden dürfen.
- Probenversand:** Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein vollständiger Name und die Daten meines Tieres an das entsprechende Fremdlabor übermittelt werden dürfen. Ich entbinde die Mitarbeiter der Tierarztpraxis Heuser hierfür von der beruflichen Schweigepflicht.
- Überweisungen/Rücküberweisungen an Kollegen (hierfür halten wir immer Rücksprache mit Ihnen):** Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein vollständiger Name, meine Telefonnummer, die Daten meines Tieres und dessen Befunde/Untersuchungsergebnisse an Kollegen übermittelt werden dürfen (per Fax, Mail, mündlich, schriftlich;). Ich entbinde hierfür alle Mitarbeiter der Tierarztpraxis Heuser von ihrer beruflichen Schweigepflicht.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Personalien und gebe den Auftrag zur Untersuchung / Behandlung / OP meines Tieres. Ich bezahle meine Rechnung sofort am Behandlungstag bar oder mittels EC-Karte/Kreditkarte. Mir ist bewusst, dass ich vereinbarte Termine 24 Stunden im Voraus absagen muss, wenn ich diese nicht wahrnehmen kann. Einer Ausfallgebühr (mind. 50€) bei ausbleibender / zu später Absage des Termins stimme ich zu.

Datum, Unterschrift
(Eigentümer des Tieres)