

Tierarztpraxis Wittrock

Inh. Sabrina Wittrock

Klopstockstr. 15

30177 Hannover

Tel.: 0511/690266

info@tierarztpraxis-wittrock.vet

www.tierarztpraxis-wittrock.vet



Patientenaufnahmeschein / Aufnahmeformular

Für unsere Patientenkartei erbitten wir folgende Angaben:

(bitte in Druckschrift ausfüllen!)

Name des Patientenbesitzers: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon / Handy: _____

Email: _____

*Ihre E-Mail Adresse verwenden wir zum Informationsaustausch mit Ihnen.
(Rechnungen, Terminerinnerungen, Befunde, Medikamentenbestellungen und Ähnliches)*

Patient:

Rufname des Tieres: _____ Geb. Datum: _____

Tierart: Hund Katze Sonstiges: _____

Rasse: _____ Gewicht: _____

Geschlecht: m w kastr.

Handelt es sich um ein lebensmittellieferndes Tier? Nein Ja Unklar

Hat Ihr Tier Vorerkrankungen? Nein Ja: _____

Nimmt Ihr Tier regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja: _____

Grund Ihres Besuches:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet Empfehlung Sonstiges: _____

Bitte wenden

Behandlungsvertrag/Datenschutzerklärung

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und deshalb berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung erforderlicher Behandlungen und Operationen zu schließen. Ich versichere ferner, dass ich willens und in der Lage bin, die dadurch entstehenden Kosten zu tragen.

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 aus der Behandlung aufkommen werde.

Soweit es zur Diagnosefindung erforderlich ist, ermächtige ich den Inhaber und die Mitarbeiter der Praxis, Leistungen Dritter (Labors, Spezialuntersuchungsanstalten u. ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.

Ich zahle die entstehenden Kosten sofort in bar oder per EC-Karte. Mir ist bekannt, dass der Praxis ein Zurückbehaltungsrecht an dem behandelten Tier zusteht, wenn ich nicht bereit oder dazu in der Lage bin, die durch die Behandlung des Tieres entstandenen Kosten in bar oder per EC-Karte zu zahlen.

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns wichtig. Wir verarbeiten Ihre Daten ausschließlich im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen (EU-Datenschutz-Grundverordnung, Bundesdatenschutzgesetz). Unsere Datenschutzerklärung ist bei uns in der Praxis oder auf unserer Homepage einsehbar.

Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken (bitte ankreuzen)

- Ich willige ein, dass mich die tierärztliche Praxis/Klinik telefonisch oder per E-Mail über Terminplanung und Impferinnerungen informiert.
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch im Rahmen einer Weiterführung der Praxis durch Dritte (z.B. Tasso) weiter bestimmungsgemäß 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. Darunter fallen Blutuntersuchungen, Untersuchungen von Geweben (Pathologie, Histologie, Zytologie).

Hinweis: Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen kann, wenn ich zur Verarbeitung meiner Daten eine entsprechende Einwilligung erklärt habe. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch diesen nicht berührt.

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____