

Anmeldeformular

Herzlich willkommen im Tierärztlichen Diagnostik-, Versorgungs- und Operationszentrum!
Wir freuen uns, dass Sie uns die Gesundheit Ihres Tieres anvertrauen möchten.
Sie und Ihr Tier optimal zu betreuen, liegt uns am Herzen.
Hierfür benötigen wir folgende Angaben in **DRUCKSCHRIFT**.

Ihr Praxisteam

Besitzer

Vorname: _____ **Name:** _____
Straße: _____
PLZ: _____ **Wohnort:** _____
Telefon: _____ **Handy:** _____
E-Mail: _____

Patient

Name: _____
Tierart: _____ **Rasse:** _____
Geschlecht: _____ **Kastriert:** Ja Nein
Geburtsdatum: _____ **Farbe:** _____
Chipnummer: _____

Ist Ihr Tier krankenversichert?	Nein	Ja
OP Versicherung	Nein	Ja
Allgemeine Krankenversicherung	Nein	Ja

Haustierarzt: _____

Überwiesen von: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung	Zeitung / Zeitschrift	Flyer / Visitenkarten	Internet
Anderes	_____		

Behandlungsvertrag

Mit meiner Unterschrift bestätige ich:

- dass ich Halter des Tieres bin und die Berechtigung habe, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistungen bzw. den Erwerb der medizinischen Produkte der Tierarztpraxis am Feuerteich zu schließen. Sofern ich nicht der 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 entstandenen Kosten aus der Behandlung aufkommen werde.
- die Richtigkeit meiner Personalien und gebe den Auftrag zur Untersuchung / Behandlung bzw. Operation meines Tieres. Soweit es zur Diagnosefindung erforderlich ist, ermächtige ich die Inhaber und die Mitarbeiter der Tierarztpraxis, Leistungen Dritter (Labore etc., Liste in den Informationen zum Datenschutz der Tierarztpraxis am Feuerteich einzusehen) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.
- dass die von mir eingetragene Adresse (Auftraggeber) für die spätere Rechnungsadresse verwendet werden darf.
- dass ich die Informationen zum Datenschutz der Tierarztpraxis am Feuerteich gemäß Art. 13 DSGVO, die am Anmelde Tresen ausliegt, zur Kenntnis genommen habe.

Ich bin damit einverstanden, dass Bilder meines Tieres **Anonym** **mit dem Namen des Tieres** für wissenschaftliche Präsentationen, für Infomaterial (z.B. Flyer zur Aufklärung über Krankheiten), oder in sozialen Medien genutzt werden.

Ich zahle die entstehenden Kosten sofort 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 zu zahlen.

Ich wünsche eine Behandlung gegen Rechnung oder Ratenzahlung.

Mein Geburtsdatum _____.

Bitte legen Sie ein Ausweisdokument vor.

Datum: _____

Unterschrift: _____