

Aufnahmeschein Behandlungsvertrag

**Kleintierpraxis
Nordwalde**

Dr. Schürfeld & Lustig



Sehr geehrte(r) Patientenbesitzer(in),

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen!
Für korrekte Einträge in unsere Patientenkartei erbitten wir die folgenden Angaben.
Vielen Dank für Ihre Mühe im Voraus.

Angaben zum Auftraggeber / Besitzer:

Name: _____ Vorname: _____

Straße / Hausnr.: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Telefon: _____ eMail: _____

Angaben zum Patienten:

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Tierart: _____ Rasse: _____

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich Kastriert: ☐ nein ☐ ja

Chip-Nr. / Tätowierung: _____

bei TASSO registriert: ☐ nein ☐ ja bei FINDEFIX registriert: ☐ nein ☐ ja

Stammt Ihr Tier aus dem Ausland: ☐ nein ☐ ja, aus _____

nimmt Ihr Tier an Ausstellungen oder Sportveranstaltungen teil:

☐ nein ☐ ja, an: _____

Bitte wählen Sie eine Zahlungsmöglichkeit:

☐ **BAR**

☐ **EC-Karte**

Die Abrechnung erfolgt direkt nach der Behandlung. Falls Sie nicht vollständig bezahlen können, sprechen Sie uns bitte vor der Behandlung an.

Krankenversicherung (wenn vorhanden):

bei: _____ Vers.Nr.: _____

Versicherungsbeginn: _____ ☐ OP-Versicherung ☐ Komplettersicherung

Grundlage für die Erstellung der Liquidation sind die Gebührenordnung für Tierärzte (GOT) und die Arzneimittel-Preisverordnung (AMPreisV).

Mir ist bekannt, dass die Kleintierpraxis 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.

Einwilligung zur Nutzung bzw. Weitergabe von personenbezogenen Daten, Angaben zum Tier und Behandlungsverlauf an mich und Dritte

Zur erfolgreichen Behandlung ist es notwendig, dass die erhobenen Daten, soweit zur Diagnosefindung erforderlich, im Rahmen weiterführender Behandlung, Diagnostik und Abrechnung an Untersuchungslabore, Institute (z. B. Tierärztliche Verrechnungsstelle, Vetstoria – Online-Terminvereinbarung, zentrale Haustierregister), andere Tierärzte und Gutachter unverschlüsselt per E-Mail, Schnittstelle oder Fax übermittelt werden. Ihre Daten werden für zukünftige Behandlungen genutzt und um mit Ihnen oder Ihren Familienangehörigen z. B. Befunde zu besprechen und Termine abzustimmen.

☐ **Hiermit erkläre ich mich einverstanden.**

Ich möchte folgende kostenlose Zusatzleistungen erhalten:

☐ **Informationen zu weiteren Angeboten (z.B. Impferinnerung)**

Sie können Ihre Einwilligungen jederzeit für die Zukunft und ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Behandlungsvertrag:

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Personalien und beauftrage ich die Kleintierpraxis mit der Behandlung des umseitig genannten Tieres.

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistung abzuschließen. Ich versichere ferner, dass ich in der Lage bin, die durch die Behandlung entstehenden Kosten zu tragen. Ich erkläre dazu, dass ich mich zum Zeitpunkt der Erklärung in keinem gerichtlichen Schuldnerverfahren befinde, und dass das Schuldnerverzeichnis des für mich zuständigen Amtsgerichtes keine Eintragungen zu meiner Person aufweist.

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 eine Bevollmächtigung in Abrede, bestätige ich hiermit, dass ich für die entstehenden Behandlungskosten aufkomme.

Für sämtliche Auseinandersetzungen wird das Amtsgericht Steinfurt als Gerichtsstand anerkannt. Zuständige Tierärztekammer und Schlichtungsstelle ist die Tierärztekammer Westfalen-Lippe.

Ich akzeptiere die Zahlungsbedingungen und bestätige, dass ich die Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 DSGVO erhalten habe.

Nordwalde, den _____ Unterschrift Auftraggeber: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

☐ Empfehlung ☐ Internet ☐ Telefonbuch

☐ Notdienst, Haustierarzt: _____

☐ Sonstige: _____