

Anmeldeformular

Bitte in Druckschrift ausfüllen.



Ihr Tier
in guten Händen

Tierarztpraxis Dr. Schulze Lammers
Mannesmannstraße 11 · 58455 Witten

Besitzer

Name

Vorname

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Handy

E-Mail

Geburtsdatum

Patient

Name des Tieres

Hund Katze Heimtier

Rasse

männlich weiblich kastriert unkastriert

Geburtsdatum

Chip-Nr.

Hat Ihr Tier eine OP- und/oder
Krankenversicherung?*

Ja Nein

* Eine direkte Abrechnung mit Ihrer Versicherung ist uns leider nicht möglich,
gerne schreiben wir aber eine präzise Diagnose in den Kurzbericht, damit
Ihnen der gezahlte Betrag schnellstmöglich erstattet wird.

**Wir bitten um sofortige Bezahlung nach der Behandlung. Bitte kreuzen Sie
die gewünschte Zahlungsweise an.**

bar EC-Karte

Die Abrechnung unserer Leistungen erfolgt gemäß der Gebührenordnung für Tierärzte.
Wenn Sie es wünschen können Sie gerne ein Exemplar bei uns einsehen.

Die umseitigen Bedingungen habe ich gelesen und stimme diesen zu.

Witten, den

Datum

Unterschrift



**Ihr Tier
in guten Händen**

Tierarztpraxis Dr. Schulze Lammers
Mannesmannstraße 11 · 58455 Witten

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistungen der Tierarztpraxis Dr. Schulze Lammers zu schließen. Sofern ich nicht Halter des Tieres bin, versichere ich, dass ich dennoch im ausdrücklichen Auftrag des Tierhalters handle. 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 kann und werde. Ich erkläre in diesem Zusammenhang, dass ich mich zum Zeitpunkt dieser Erklärung in keinem gerichtlichen Schuldenverfahren befinde, und dass das Schuldnerverzeichnis des für mich zuständigen Amtsgerichts keine Eintragung über meine Person aufweist. Ich bestätige die Richtigkeit meiner umseitig aufgeführten Personalien und gebe den Auftrag zur Untersuchung bzw. Behandlung und – falls erforderlich – zur Operation meines Tieres. Ich bestätige, dass mein Tier nicht der Lebensmittelerzeugung dient. Falls dies doch der Fall ist, informiere ich die Tierarztpraxis Dr. Schulze Lammers darüber.

Ich nehme zur Kenntnis, dass wir außerhalb der regulären Öffnungszeiten verpflichtet sind, zusätzlich zu den Behandlungskosten in Höhe des mindestens 2-fachen Satzes der Gebührenordnung für Tierärzte (GOT) eine Notdienstpauschale von 50 € zzgl. MwSt. zu erheben und erkläre mich damit einverstanden.

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. Unsere Tierärzte sowie sämtliche Mitarbeiter sind aufgrund § 203 Strafgesetzbuch (StGB, Verletzung von Privatgeheimnissen), § 17 Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb (UWG, Verrat von Geschäfts- und Betriebsgeheimnissen) und intern geltenden Geheimhaltungsvorschriften unserer Praxis zu Berufsverschwiegenheit verpflichtet. 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. Im Falle des Zahlungsausfalls ist die Praxis berechtigt, geeignete Inkassoverfahren zu betreiben.

Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken: Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die tierärztliche Praxis Dr. Schulze Lammers (verantwortlich: der/die Datenschutzbeauftragte) meine auf der Anmeldung angegebenen personen-

bezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages auf der Grundlage gesetzlicher Regelungen (DSGVO) erhebt und speichert. Für jede darüber hinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen, ebenso für eine Weiterleitung an Dritte, bedarf es zusätzlich Ihrer Einwilligung. Eine solche Einwilligung können Sie nachfolgend freiwillig erteilen.

- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt werden dürfen.
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig, im Rahmen weiterführender Diagnostik an Untersuchungslabore und andere Institute übermittelt werden dürfen.
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig, im Rahmen tierärztlicher Überweisung an andere Tierarztpraxen oder -kliniken übermittelt werden dürfen.
- Ich willige ein, dass die Tierarztpraxis Dr. Schulze Lammers mich oder eine von mitgenannte Person im Rahmen des Behandlungsvertrags telefonisch, postalisch oder per E-Mail kontaktieren darf (z. B. für Laborergebnisse, Terminplanung oder Impferinnerungen).
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten im Rahmen einer Weiterführung der Praxis durch einen Nachfolger weiter bestimmungsgemäß genutzt werden dürfen.
- Ich habe die Datenschutzhinweise gelesen, verstanden und stimme dem Vorgehen zu.