



Patientenaufnahmeschein/Behandlungsvertrag

Für unsere Patientenkartei erbitten wir folgende Angaben:
(bitte leserlich in Druckschrift ausfüllen!)

Auftraggeber

Nachname:

Vorname:

Strasse:

PLZ/Ort:

Telefon:/.....

e-Mail:
(z.B. für Blutergebnisse, Rö.-Bilder, etc.) (Nicht zu Werbezwecken)

Tier:

Name:

Tierart/Rasse:

Farbe: **Gewicht:**

Geb.datum:

Geschlecht: männl. weibl. kastriert

Mein Tier dient nicht der Lebensmittelgewinnung
(Gilt nur für Schlachtkaninchen und Geflügel)

Auslandsimport? Ja Nein **Land:**.....

Haustierarzt:

Krankenvers.:..... **Nr.:**.....
(z.B. Agila, Uelzener etc., falls vorhanden)

OP Vers. Komplette Vers. **Vers.Beginn:**.....

Zahlungsarten: Bar und / oder EC-Cash Kreditkarte

**Die Abrechnung erfolgt direkt nach der Behandlung.
Eine Behandlung auf Rechnung ist nicht möglich.**

Falls Sie nicht vollständig bezahlen können sprechen Sie uns bitte vor der Behandlung an.

Mir ist bekannt, dass der Tierärztlichen Klinik Dr. med. vet. H.-J. Apelt 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 / Kreditkarte zu zahlen.

(bitte wenden)

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.

In diesem Zusammenhang erkläre ich, dass ich mich zum Zeitpunkt dieser Erklärung in keinem gerichtlichen Schuldenverfahren befinde und dass das Schuldnerverzeichnis des für mich zuständigen Amtsgerichtes **keine** Eintragungen über meine Person aufweist.

Sofern ich **nicht** Halter des Tieres bin, versichere ich im ausdrücklichen Auftrag des Tierhalters zu handeln. Fehlt es an der Bevollmächtigung, oder stellt der Tierhalter eine Bevollmächtigung in Abrede, bestätige ich hiermit, dass ich für die entstehenden Kosten aus der Behandlung aufkommen werde.

Bei **stationärer Aufnahme** und/oder **Operationen** akzeptiere ich hiermit Anzahlungen und ggf. Bonitätsprüfungen.

Im Bereich der Abrechnung arbeiten wir mit der Tierärztlichen Verrechnungsstelle NRW r.V. zusammen. Im Rahmen dieser Zusammenarbeit werden ggf. Adressdaten (Name, Geb. Datum und Anschrift) auch zum Zwecke der Bonitätsprüfung übermittelt. Dafür bitten wir Sie, Ihren Personalausweis vorzulegen. Wenn Sie ausschließlich über einen ausländischen Pass verfügen, benötigen wir zusätzlich eine gültige Meldebescheinigung.

Außerhalb der Sprechzeiten / im Notdienst fallen Mehrkosten an (nach geltender Gebührenordnung).

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die Tierärztliche Klinik für Kleintiere Dr. med. vet. H.-J. Apelt meine auf der Anmeldung angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhebt.

Für jede darüber hinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen, ebenso für eine Weiterleitung an Dritte, bedarf es regelmäßig Ihrer Einwilligung. Eine solche Einwilligung können Sie nachfolgend freiwillig erteilen.

Einwilligungserklärung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken

Ja, ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt werden dürfen.

Ja, ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen tierärztlicher Überweisungen an andere Tierarztpraxen, -kliniken übermittelt werden dürfen.

Ja, ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen weiterführender Diagnostik und/oder Registrierungen an Untersuchungslabore und Institute, Haustierregister, Tierheime oder Gutachter übermittelt werden dürfen.

Ja, ich willige ein, dass mich die Tierärztliche Klinik für Kleintiere Dr. med. vet. H.-J. Apelt telefonisch über Labor-/ Behandlungsergebnisse, Befundübermittlung und Terminplanung informiert. (Nicht für Werbezwecke)

Ja, ich willige ein, dass mich die Tierärztliche Klinik für Kleintiere Dr. med. vet. H.-J. Apelt per Post oder per E-Mail über Labor-/ Behandlungsergebnisse und Befundübermittlung informiert. (Nicht für Werbezwecke)

Ja, ich willige ein, dass alle zur Rechnungserstellung notwendigen Daten wie meine Anschrift und sonstige Verbindungsdaten sowie die Angaben zu erbrachten Leistungen und die dazugehörigen Diagnosen an die Tierärztliche Verrechnungsstelle Münster NRW r.V. weitergeleitet und die Rechnungsforderungen an diese zum Einzug abgetreten werden kann.

Ich bin mir bewusst, dass nach Abtretung der Honorarforderung die tierärztliche Verrechnungsstelle NRW r.V. mir gegenüber als Forderungsinhaber auftritt und deshalb Einwände gegen die Forderung -auch soweit sie sich aus der Behandlung und/oder der Krankengeschichte ergeben- im Streitfall gegenüber der Tierärztlichen Verrechnungsstelle NRW r.V. zu erheben sind.

Diese Einwilligung ist jederzeit gemäß Art. 7 Abs. 3 DSGVO widerruflich.

Ort, Datum

Unterschrift Auftraggeber