



Patientenaufnahmeschein / Behandlungsvertrag

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

Auftraggeber	Hiermit bestätige ich, dass ich volljährig und somit voll geschäftsfähig bin <input type="checkbox"/>
Name	Vorname
Straße	E-Mail
PLZ / Wohnort	Telefon

Tier	Name	Geb.-Datum
Tierart	Rasse	Farbe
Gewicht	Tier zur Lebensmittelgewinnung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Kastriert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Auslandsimport <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja / Land _____

Zahlungsmöglichkeiten

Bitte haben Sie Verständnis, dass Behandlungen, klinische Leistungen und Medikamentenabgaben **grundsätzlich nicht auf Rechnung** erfolgen.

Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bei _____	Vers.Nr.: _____
Versicherungsbeginn: _____	<input type="checkbox"/> OP- Versicherung	<input type="checkbox"/> Komplettersicherung

Zahlungsart	<input type="checkbox"/> Bar	<input type="checkbox"/> EC-Cash	<input type="checkbox"/> Kreditkarte
--------------------	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------

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

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

Mir ist bekannt, dass der Tierärztlichen Klinik Dr. 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 mit Karte zu zahlen.

Bitte wenden

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 und Diagnostik an Untersuchungslabore, Institute, andere Tierärzte und Gutachter unverschlüsselt per E-Mail, Schnittstelle oder Fax übermittelt werden.

Eine Liste unserer Partner liegt zur Information aus.

Übermittlung meiner Daten auf Wunsch an den überweisenden Tierarzt bzw. Haustierarzt	Name des Tierarztes
Übermittlung an Familienangehörige oder andere Person	<input type="checkbox"/> Ehegatte/Lebenspartner <input type="checkbox"/> andere Person
Name Geb.-Datum	
Übermittlung an das Haustierregister	<input type="checkbox"/> Ja

Ich bin außerdem einverstanden, dass die **Informationen zur Behandlung und weitere Maßnahmen** an meine umseitigen Kontaktdaten übermittelt werden können.

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

Behandlungsvertrag

Hiermit beauftrage ich die Tierklinik 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. 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.

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

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Personalien und gebe den Auftrag zur Untersuchung bzw. Behandlung / Operation des auf Seite 1 genannten Tieres. Falls es zur Diagnosefindung erforderlich ist, ermächtige ich die Tierärztliche Klinik Dr. Apelt, Leistungen Dritter (Labore, Spezialuntersuchungsanstalten u. Ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.

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

Mir ist bekannt, 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.

Außerhalb der Sprechzeiten / im Notdienst fallen Mehrkosten nach der geltenden Gebührenordnung an.

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

Essen, den	Unterschrift Auftraggeberin / Auftraggeber
------------	--