



Patientenaufnahmeschein / Behandlungsvertrag

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

| Angaben zum Auftraggeber und zum Tier | |
|---------------------------------------|---------|
| Name | Vorname |
| Straße / Hausnummer | E-Mail |
| PLZ / Wohnort | Telefon |

| | | |
|--|--|--|
| Art des Tieres | Name | Geb.-Datum |
| Rasse | Farbe | Gewicht |
| Haustierarzt: | | 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 _____ |
| Krankenversicherung | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja/ Anbieter: _____ | Vers. Nr.: _____ |
| Versicherungsbeginn: _____ | <input type="checkbox"/> OP- Versicherung | <input type="checkbox"/> Komplettersicherung |

Zahlungsmöglichkeiten

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

| | | | |
|--------------------|-------------------------------------|---|---|
| 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 und halten Sie Ihre gültigen Ausweispapiere mit Bestätigung der aktuellen Meldeadresse zu Identifikationszwecken bereit.

Mir ist bekannt, dass der Tierärztlichen Klinik Dr. med. vet. 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 und Rückseite ebenfalls ausfüllen!

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, Fax oder Telefon übermittelt werden. **Eine Liste unserer Partner liegt zur Information aus.**

| | |
|--|---|
| Übermittlung an Familienangehörige oder andere Person | <input type="checkbox"/> Ehegatte/Lebenspartner |
| Name Geb.-Datum | <input type="checkbox"/> andere Person |
| Übermittlung an ein Haustierregister | <input type="checkbox"/> Ja |

Ich bin außerdem einverstanden, dass die **Informationen zur Behandlung, ggf. notwendige Abrechnungsdokumente 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 Tierärztliche Klinik Dr. med. vet. Apelt 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. med. vet. 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, ggf. Bonitätsprüfungen und die Identifikation meiner Person durch Einsicht in meine gültigen Ausweispapiere mit Bestätigung der aktuellen Meldeadresse.

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.

Hiermit bestätige ich, dass ich volljährig und voll geschäftsfähig bin.

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