

# Tierarztpraxis Gerhold GbR./ Tierärztliche Hausapothekenabgabegesellschaft Gerhold

Mainzer Str. 22

55270 Jugenheim

Tel.: 06130/ 1401

Fax.: 06130/ 7902

praxis@tierarzt-gerhold.de

## Patientenaufnahmeschein:

Für unsere Patientenkartei erbitten wir folgende Angaben:

Name des Auftraggebers: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail : \_\_\_\_\_

Bezahlung: Bar                      Ec                      bitte ankreuzen

Rufname des Tieres: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Rasse: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_

Kastriert: \_\_\_\_\_ Chipnr./Tätowiernr.: \_\_\_\_\_

EU PassNr: \_\_\_\_\_

Vorerkrankungen: \_\_\_\_\_

Grund des Besuches: \_\_\_\_\_

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und deshalb berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung erforderlicher Behandlungen und Operationen abzuschließen. Ich versichere ferner, dass ich willens und in der Lage bin, die dadurch entstehenden Kosten zu tragen. Ich erkläre in diesem Zusammenhang, dass ich mich zum Zeitpunkt dieser Erklärung in keinem gerichtlichen Schuldnerverfahren befinde und dass das Schuldnerverzeichnis des für mich zuständigen Amtsgerichts keine Eintragungen über meine Person aufweist. Ich erkläre mich hiermit damit einverstanden die entstandenen Kosten der Behandlung inklusive der Medikamente sofort Bar oder per EC- Karte zu begleichen. Sofern 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 direkt für die entstandenen Kosten aus der Behandlung aufkommen werde.

Soweit es zur Diagnosefindung erforderlich ist, ermächtige ich den Inhaber und die Mitarbeiter der Praxis, Leistungen Dritter (z.B. Labor u.ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.

### **Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung**

Ich willige ein, dass die Tierarztpraxis Gerhold GbR/Tierärztliche Hausapothekenabgabegesellschaft Gerhold GbR meine folgenden personenbezogenen Daten erhebt, speichert und verarbeitet: Name, Vorname, Adresse, Telefonnummer, Handynummer, E-Mail-Adresse. Die Datenerhebung erfolgt zum Zwecke der Durchführung des Behandlungsvertrags für mein Tier sowie zur Rechnungserstellung für die erbrachten tierärztlichen Leistungen. Die E-Mail-Adresse wird genutzt zur Zusendung von Patienteninformationen, Impferinnerungen, Rechnungen. Ich stimme zu, dass die Praxis sich bei der Datenverarbeitung auch EDV gestützter Systeme bedient. Hierbei kann auch eine mobile Datenerfassung zum Einsatz kommen. Die Tierarztpraxis wird ausdrücklich zur Verarbeitung der genannten Daten unter Beachtung der Vorgaben des Datenschutzes ermächtigt. Sie darf hierzu durch beauftragte Mitarbeiter alle erforderlichen Daten speichern. Hiermit beauftragte Mitarbeiter werden zuvor auf die Wahrung des Datengeheimnisses verpflichtet. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich ein Recht auf Auskunft bezüglich der über mich und meine gespeicherte Daten habe. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung freiwillig erteile und sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft durch eine schriftliche Erklärung gegenüber der Praxis widerrufen kann.

\_\_\_\_\_ Ort/Datum/Unterschrift