

Tierarztpraxis Gerhold GbR./ Tierärztliche
Hausapothekenabgabegesellschaft Gerhold
Mainzer Str. 22
55270 Jugenheim
Tel.: 06130/1401
Fax.: 06130/7902
E-Mail: praxis@tierarzt-gerhold.de



Patientenaufnahmeformular

Für unsere Patientenkartei benötigen wir von Ihnen folgende Angaben:

Name des Auftraggebers: _____
Geburtsdatum: _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____
Telefonnummer: _____
E-Mail: _____
Betriebsnummer (Nutztiere): _____
Standort/Name des Stalls: _____

Angaben zum Tier:

Tierart: _____ Rasse: _____
Name: _____ Geburtsdatum: _____
Geschlecht: _____
Lebensnummer: _____
Chipnummer: _____
Versicherung: nein ja, bei: _____

Bitte beachten Sie, dass eine direkte Abrechnung von uns mit der Versicherung nicht möglich ist.

- nicht-Schlachtpferd/ nicht lebensmittelliefernd
 Schlachtpferd/ lebensmittelliefernd

Bitte Rückseite beachten

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 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. Fremdlabor) 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 Reel auf Auskunft bezüglich der über mich und meine gespeicherten 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