



Unser Bestes
für Ihr Tier!

Herzlich Willkommen in der Tierarztpraxis Schillerstraße

Unser Bestes für Ihr Tier... Um das geben zu können, erbitten wir folgende Angaben:

Name, Vorname des Tierbesitzers		Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer		Postleitzahl	Ort
Telefon		Mobil	
Ich möchte den Service der Praxis NICHT nutzen und per <input type="checkbox"/> E-Mail / Whats App kontaktiert werden, um wichtige Informationen zu erhalten, die speziell mein Tier betreffen (kein Newsletter, keine Werbung).			
E-Mail-Adresse		Kreditinstitut / Name der Bank	

Name des Tieres		Geburtsdatum	
Art:	<input type="checkbox"/> Hund	<input type="checkbox"/> Katze	<input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="text"/>
Rasse	Fellfarbe		Datum der letzten Impfung
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	Ist Ihr Tier kastriert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kennzeichnung:	<input type="text"/> Tätowierung	<input type="text"/> Mikrochip	
Tierhaltung in/im:	<input type="checkbox"/> Wohnung	<input type="checkbox"/> Balkon	<input type="checkbox"/> Garten <input type="checkbox"/> Freigang <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
Tierkrankenversicherung:	<input type="checkbox"/> Ja, die: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nein	
Herkunft des Tieres:	<input type="checkbox"/> Züchter <input type="checkbox"/> Privat	<input type="text"/> Herkunftsland	
Auslandsaufenthalte mit dem Tier?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> Reiseland	<input type="checkbox"/> Nein
Wurde Ihr Tier, abgesehen von der Kastration, bereits operiert, bestehen Vorerkrankungen oder erhält es regelmäßig Medikamente?			<input type="checkbox"/> Ja (bitte die Rückseite ausfüllen) <input type="checkbox"/> Nein

Einwilligung zur Kostenübernahme:

Mir ist bekannt, dass die Rechnung unmittelbar im Anschluss der jeweiligen Behandlung zu bezahlen ist.

Ich werde die Kosten in bar oder per EC-Karte begleichen.

Falls ich nicht der Tierhalter bin, versichere ich, im Einverständnis und im Auftrage dessen zu handeln und an dessen Stelle die Kosten zu übernehmen. Ebenso muss ich auch ggf. anfallende Kosten für ein „Fundtier“ übernehmen.

Mir ist außerdem bekannt, dass bei nicht rechtzeitiger Absage (mindestens 24 Std. vorher) eines längeren Termins, insbesondere bei geplanten Eingriffen in Narkose, ein Ausfallhonorar in Rechnung gestellt werden muss.

Einwilligung zur Datenspeicherung und Verarbeitung gemäß DSGVO:

Ich willige in die Speicherung, Verwendung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zur Verwendung für Diagnostik, Therapie und Abrechnungswesen in dieser Praxis und im Bedarfsfall zur Weiterleitung an externe Dienstleister wie z.B. Labore oder Überweisungskliniken ein. Die Daten unterliegen dem Datengeheimnis. Es werden keine Daten für Werbezwecke weitergeleitet. Ich habe das Recht auf Einsicht in meine erhobenen Daten und Löschung unrichtiger Angaben. Falls sich meine Daten ändern, informiere ich Sie beim nächsten Besuch.

Gesundheitsfragen im Detail:

Wurden bei Ihrem Tier, abgesehen von einer Kastration, bereits Operationen durchgeführt?

 Ja

 Nein

Wenn ja, welche?

Wann?

Hat Ihr Tier Vorerkrankungen, die einer weiteren Beobachtung und/oder Therapie bedürfen?

 Ja

 Nein

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus | <input type="checkbox"/> Chronische Magen-/Darmerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz | <input type="checkbox"/> Entzündung der Bauchspeicheldrüse |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüber-/unterfunktion | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufkrankung | <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankung der Haut |

Geben Sie Ihrem Tier regelmäßig Medikamente?

 Ja

 Nein

Wenn ja, welche?

In welcher Dosierung?

Ich bin auf die Praxis aufmerksam geworden durch:

 pers. Empfehlung

 Internet (Google)

 Notdienst

 Überweisung

 Sonstiges:

Datum

Unterschrift (Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.)