



Anmeldebogen

Herzlich Willkommen in unserer Kleintierpraxis,

Um sie umfassend betreuen zu können, bitten wir Sie um einige persönliche Angaben und Informationen zu unserem neuen Patienten.

Besitzer/Tierhalter (Wenn nicht Besitzer, so habe ich die Erlaubnis, das u.g. Tier vorzustellen)

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Strasse/Hsnr: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Handy: _____ Tel tagsüber: _____

email: _____

Patient

Name: _____ Tierart: _____

Rasse: _____ Geburtsdatum: _____

Geschlecht: männlich weiblich Kastriert: ja nein

Farbe: _____

Täto/Chip _____ EU-Pass-Nr: _____

Ist ihr Tier krankenversichert? ja nein Wenn ja, bei welcher Versicherung? _____

Frühere Erkrankungen, Operationen, Unverträglichkeiten, Dauermedikationen:

Zahlungsmöglichkeiten

Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass alle Behandlungen, klinischen Leistungen und Medikamentenabgaben grundsätzlich nicht auf offene Rechnung erfolgen, sondern direkt nach der Behandlung/OP/Medikamentenabholung beglichen werden müssen.

Gewünschte Zahlungsart: bar EC-Karte

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und akzeptiere die Zahlungsbedingungen sowie die umseitige Datenschutzerklärung.

Oberaudorf, den _____

Unterschrift _____

(für Kinder jünger als 16 Jahre müssen die Erziehungsberechtigten unterschreiben und einwilligen, dass die Daten des Kindes weiterverarbeitet werden dürfen)

Datenschutzerklärung

Ich nehme zur Kenntnis, dass die o.g. Daten der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen, bin aber damit einverstanden, dass diese intern für Laborgeräte, Röntgenbilder, Ultraschallbilder, etc. verwendet werden, um diese Ihrem Tier eindeutig zuweisen zu können. Des weiteren erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine o.g. Daten an Dritte weitergegeben werden. Dazu zählen z.B. Fremdlabore und Überweisungspraxen.

Ich bin einverstanden, dass o.g. Angaben von uns in einem Cloud-basierten Patientenverwaltungsprogramm eingegeben und verarbeitet werden. Die Daten werden im Hetzner-Datenzentrum in Nürnberg abgespeichert und sind dort gegen den Zugriff Dritter gesichert.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Email-Adresse verwendet werden darf, um mir z.B. Befunde, Terminerinnerungen, Impferinnerungen oder Ankündigungen die Praxisorganisation betreffend (z.B. Urlaubsankündigung, o.ä.) zukommen zu lassen.

Ich habe die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Kleintierpraxis Vopelius, welche im Wartezimmer aushängen, gelesen und verstanden und erkläre mich damit einverstanden. Unter den dort genannten Bedingungen gehe ich hiermit einen Behandlungsvertrag ein.

Ich nehme hiermit zur Kenntnis, dass ich jederzeit meine hier gemachten Daten widerrufen und löschen lassen kann, sofern dies mit anderen gesetzlichen Vorhaltungspflichten vereinbar ist (z.B. Röntgenbilder müssen 10 Jahre aufbewahrt werden).