



# Anmeldeformular

TIERARZTPRAXIS OSTERATH

*Dr. K. Römhild*

## Besitzerdaten

Ich bin  Tierhalter\*in  Auftraggeber\*in

Name, Vorname

Straße, Hausnr

PLZ, Wohnort

Festnetz/Mobil

Email

Geburtsdatum  Beruf

Bevollmächtigte\*r für  
Auskünfte & Abholung

Geburtsdatum der/des  
Bevollmächtigte\*n

## Patientendaten

Hund  Katze  Wohnungskatze  Freigänger

männlich  weiblich  kastriert

Fertigfutter  BARF  Fleischsorte

Name  Geburtsdatum

Rasse  Farbe

Chip-Nr.  Gewicht

Herkunfts-  
land  Auslandsreisen

Tierkrankenversicherung

Komplettschutz  OP-Schutz

Chron. Erkrankungen

Allergien

Dauermedikation

Sonstiges

Überweisender HTA



# Wichtige Hinweise

TIERARZTPRAXIS OSTERATH

*Dr. K. Römhild*

In Bezug auf die Sauberhaltung der Außenanlage und um auf die Bedürfnisse der Nachbarn Rücksicht zu nehmen, bitten wir Sie, mit Ihrem Vierbeiner VOR dem Besuch außerhalb des Gebäudes Gassi zu gehen. Sollte es dennoch passieren, dass es zu Hinterlassenschaften Ihres Tieres in der Außenanlage kommt (Kot, Erbrochenes), bitten wir Sie eindringlich, die Flächen wieder zu säubern. Es stehen Kotbeutelspender bereit. Bei Problemen sprechen Sie uns gerne an.

- Ich habe hiervon Kenntnis genommen und werde versuchen, eine Verschmutzung der Fläche durch mein Tier zu vermeiden. Sollte es dennoch zu Hinterlassenschaften kommen, kümmere ich mich um die Beseitigung.

Durch Ihre Unterschrift gehen Sie mit der Tierarztpraxis Osterath einen Behandlungsvertrag ein, durch den Sie sich verpflichten, alle durch die Behandlung anfallenden Kosten zu tragen. Wir akzeptieren keine Kreditkarten.

- Ich habe hiervon Kenntnis genommen und begleiche den Rechnungsbetrag unmittelbar nach der Behandlung oder bei Abholung des Tieres.

Sollten Sie an einem geplanten Termin verhindert sein, bitten wir Sie um rechtzeitige Absage. Die Tierarztpraxis Osterath behält sich vor, nicht abgesagte Termine gegebenenfalls in Rechnung zu stellen.

- Ich habe hiervon Kenntnis genommen.



# Datenschutzerklärung

TIERARZTPRAXIS OSTERATH

*Dr. K. Römhild*

Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns wichtig!

Um unsere Patienten optimal behandeln zu können, benötigen wir von Ihnen die Erlaubnis zur Speicherung, Verarbeitung und evtl. Weitergabe von Teilen Ihrer persönlichen Daten an Dritte (sog. Auftragsverarbeiter).

Wir geben Ihre Daten daher nur dann weiter, sofern es zur Behandlung Ihres Tieres notwendig ist.

Die Weitergabe geschieht nicht zu Werbezwecken o.Ä.

Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken:

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die Tierarztpraxis Osterath meine umseitig auf der Anmeldung angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages auf der Grundlage aktueller gesetzlicher Regelungen (DSGVO) erhebt und speichert.

Für jede darüber hinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen, ebenso für eine Weiterleitung an Dritte, bedarf es zusätzlich meiner Einwilligung. Diese Einwilligung erteile ich nachfolgend:

Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt werden dürfen (dies ist notwendig, damit Sie das Formular nur einmalig ausfüllen müssen und nicht bei jedem weiteren Besuch erneut.)

Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig, im Rahmen tierärztlicher Überweisungen an andere Tierarztpraxen übermittelt werden dürfen (nur so dürfen wir Ihren Haustierarzt bei Rückfragen kontaktieren und z.B. der Praxis einen Arztbericht für die Weiterbehandlung zukommen lassen.)

Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig, im Rahmen weiterführender Diagnostik an Untersuchungslabore und andere Institute übermittelt werden dürfen (notwendig für z.B. weiterführende Blutuntersuchungen und Untersuchungen von Gewebeprobe in Drittlaboren oder auch für die Weitergabe von Untersuchungsergebnissen an Zuchtauswertungsstellen.)

Ich willige ein, dass die Tierarztpraxis Osterath mich oder eine von mir genannte Person im Rahmen des Behandlungsvertrags telefonisch, postalisch oder per E-Mail kontaktieren darf (notwendig, um Sie z.B. über den Behandlungsstand Ihres Tieres, Terminänderungen oder Ergebnisse von weiterführenden Untersuchungen unterrichten zu dürfen.)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben, gebe den Auftrag zur Untersuchung/Behandlung und trage somit die entstandenen Kosten meines Tieres.

Datum/Ort

Unterschrift