



Anmeldeformular

(bitte in **Druckbuchstaben** ausfüllen)

Eigentümer:in/Halter:in/Überbringer:in

Vorname, Name:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon: Handy:.....

Email:.....

Wünschen Sie eine Rücküberweisung an Ihre:n Haustierärzt:in? Ja

Nein

Haustierarztpraxis / Überweiser:in:

.....

Patient

Name:Tierart: Hund Katze sonstiges:

Rasse:Geschlecht: weiblich männlich | kastriert

Chipnummer: vorhanden nicht vorhanden

Alter: Datum der Geburt: Gewicht:

Bekannte Erkrankungen:

Welche Medikamente bekommt das Tier zur Zeit?

.....

Hat das Tier bekannte Unverträglichkeiten auf bestimmte Medikamente? Ja Nein

Wenn Ja, um welche Medikamente handelt es sich?

.....

Wurde bei Ihrem Haustier in der Vergangenheit eine bakteriologische Untersuchung/ ein Abstrich durchgeführt?

nein

.....

ja

Wo wurde die Probe entnommen (Körperregion) _____

Wann wurde eine Probe entnommen? _____

Warum wurde die Probe entnommen? _____

Fand eine weitere bakteriologische Kontrolle statt? ja nein

Haben Sie diese Befunde mitgebracht oder wurden uns diese vorab geschickt? ja nein

In welcher Praxis wurde die Probe entnommen?

Hat ihr Haustier aktuell Durchfall? ja* nein

Hat ihr Haustier aktuell Probleme mit der Haut oder den Ohren? ja* nein

Hat Ihr Haustier schlecht heilende oder entzündete Wunden? ja* nein

*Wenn ja, beschreiben Sie uns bitte stichpunktartig die Beschwerden:

Hat das Tier eine Krankenversicherung? ja nein

Alle Zahlungen für erbrachten Leistungen und Medikamente müssen sofort beglichen werden.

Ich zahle in bar mit der EC Karte per Rechnung/Ratenzahlung*

Möchten Sie über die Kosten im Vorfeld informiert werden, sprechen Sie bitte die Ärztin an.

Sollte eine Nachkontrolle erforderlich sein möchte ich von der Praxis erinnert werden

ja nein

Falls ja, dann per Mail auf dem Postweg telefonisch

Der/die Tierhalter:in verpflichtet sich gegebenenfalls Änderungen der Anschrift und Telefonnummer dem Tierärztheus Darmstadt umgehend mitzuteilen.

Die Bilder und Befunde des Tieres dürfen anonymisiert veröffentlicht werden (z.B. in Vorträgen, Studien oder Fortbildungen, sowie online).

Sollte ein Termin einmal ausfallen müssen, bitten wir um rechtzeitige Absage mindestens 48h vorher. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir uns andernfalls erlauben eine Ausfallsgebühr in Höhe der voraussichtlichen Behandlungskosten zu erheben.

Ich bestätige zudem, dass in den letzten 6 Monaten keine Mahnbescheide gegen mich zugestellt und auch keine Zwangsvollstreckungsmaßnahmen durchgeführt wurden.

....., den,
Ort Datum Unterschrift

b. w. 

*weitere Angaben sind erforderlich

Einwilligung nach Art. 6 Abs. 1 Satz 1 a) i.V.m Art.7 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Nach Kenntnisnahme des vorstehenden Datenschutzhinweises wird folgende Einwilligung erteilt:

Zum notwendigen und erforderlichen Zweck der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses werden über die bereits benannten Daten weitere personenbezogene Daten, wie Bonitätsauskünfte, Geburtsdatum, Bankverbindung verarbeitet. Die zu diesem Zweck verarbeiteten Daten werden nach Zweckerreichung und/oder Ablauf rechtlicher Aufbewahrungsfristen, spätestens jedoch nach 15 Jahren, gelöscht.

Im Zuge des zukünftigen zwischen Ihnen und uns bestehenden Behandlungsvertrags werden Proben des zu behandelnden Tieres zur Auswertung an Labore weitergegeben.

Zur Zeit arbeiten wir mit folgenden Laboren zusammen:

IDEXX GmbH und
Vet Med Labor GmbH

Mörikestr. 28/3

71636 Ludwigsburg/Deutschland

LABOKLIN GMBH & CO.KG
LABOR FÜR KLINISCHE DIAGNOSTIK

Dr. Elisabeth Müller (Firmenleitung)

Steubenstraße 4

97688 Bad Kissingen

Institut für Hygiene und Infektionskrankheiten der
Tiere

Frankfurter Strasse 85-89

35392 Giessen

Antech Lab Germany GmbH

Gubenerstraße 39

86156 Augsburg

Parasitus Ex e.V.
Deutzer Straße 64A
53859 Niederkassel

Mit Ihrer folgenden Einwilligung geben Sie Ihr Einverständnis zu der vorbeschriebenen Datenverarbeitung.

Hiermit erkläre ich ausdrücklich mein Einverständnis mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten in dem vorbeschriebenem Umfang und der beschriebenen Art und Weise. Dies beinhaltet auch die Übermittlung an die benannten Labore und Dienstleister zur Abrechnung der von mir in Anspruch genommenen Leistungen im Rahmen des anstehenden Behandlungsvertrages

Diese Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen oder abgeändert werden. Der Widerruf ist postalisch oder per E-Mail an uns zu senden. Eine Folge des Widerrufs kann dann jedoch sein, dass wir das Behandlungsverhältnis nicht mehr oder nicht mehr im bisherigen Umfang fortführen können.

....., den
Ort Datum Unterschrift