



## Anmeldeformular

(bitte in **Druckbuchstaben** ausfüllen)

### Eigentümer/Halter/Überbringer

Vorname, Name: .....

Straße: .....

PLZ/Ort: .....

Telefon: ..... Handy:.....

Haustierarzt: ..... Email:.....

Wünschen Sie eine Rücküberweisung an Ihren Haustierarzt? Ja  Nein

### 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? .....

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

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\***

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

ja  nein

Falls ja, dann  per Mail  auf dem Postweg  telefonisch

Der Tierhalter verpflichtet sich gegebenenfalls Änderungen der Anschrift und Telefonnummer dem Tierärztehaus Darmstadt umgehend mitzuteilen.

Die Untersuchungsergebnisse dürfen zu wissenschaftlichen Zwecken anonymisiert veröffentlicht werden.

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

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