

Patientenaufnahmeformular

Für unsere Patientenkartei erbitten wir folgende Angaben:
(bitte in Druckschrift ausfüllen!)

Name und Vorname des Auftraggebers: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Mobiltelefon: _____

Mail: _____

Patient:

Rufname des Tieres: _____ Geb. Datum: _____

Tierart: Hund Katze Sonstiges: _____

Rasse: _____ Gewicht: _____ kg

Geschlecht: m w kastriert Chip Nummer: _____

Farbe/Besonderheiten: _____

Unverträglichkeiten (soweit bekannt): _____

Überwiesen ja nein, Haustierarzt: _____

Tierkrankenversicherung: ja nein, bei Gesellschaft: _____

Behandlungsvertrag

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres oder von diesem beauftragt und deshalb berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung erforderlicher Behandlungen und Operationen zu schließen, ich versichere ferner, dass ich willens und in der Lage bin, die dadurch entstehenden Kosten zu tragen.

Ich zahle die Behandlung sofort in bar oder per EC-Karte.

Datum / Unterschrift

Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken

Kleintierpraxis und Zentrum für Zahnheilkunde und Kieferorthopädie

Dr. Martin Zahner

Schwanenstraße 12

42489 Wülfrath

Tel.: 0 20 58 / 74 79 2

Mail: praxis@dentvet.de

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die tierärztliche Praxis Dr. Martin Zahner meine auf der Anmeldung angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhebt.

Für jede darüber hinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen, ebenso für eine Weiterleitung an Dritte, bedarf es regelmäßig Ihrer Einwilligung. Eine solche Einwilligung können Sie nachfolgend freiwillig erteilen.

Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken

(bitte ankreuzen)

Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungen genutzt werden dürfen.

Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen tierärztlicher Überweisungen/Rücküberweisungen an andere Tierarztpraxen, -kliniken übermittelt werden dürfen.

Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen weiterführender Diagnostik an Untersuchungslabore und Institute übermittelt werden dürfen.

Ich willige ein, dass mich die tierärztliche Praxis Dr. Martin Zahner per Post, Mail oder Telefon über Laborergebnisse und Terminplanung informiert.

Name: _____ Vorname: _____

Ort/Datum _____ Unterschrift _____

Die Informationen zum Datenschutz können Sie an unserer Informationswand, als Auslage im Wartezimmer oder jederzeit auch im Internet unter www.dentvet.de einsehen. Wenn gewünscht geben Wir Ihnen auch gern ein gedrucktes Exemplar mit.