

Patientenaufnahmeschein

Tierarztpraxis Dr. Renée Robel, Dresdener Straße 34, 03130 Spremberg, Telefon: 03563/ 9893018

Angaben zum Auftraggeber:

Name:	Vorname
Straße + Nr:	PLZ + Wohnort:
Festnetz:	Mobiltelefon
E- Mail Adresse:	

Angaben zum Patienten:

Rufname des Tieres:	Rasse:
Bei Katzen: Freigänger? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Geburtsdatum:
Geschlecht: <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> kastriert	Tätowienummer:
Farbe:	Chipnummer:
Allergien:	Medikamente:

Tierkrankenversicherung: Nein
 Ja Versicherungsgesellschaft: _____

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres, mind. 18 Jahre alt und berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistung der Tierarztpraxis Robel zu schließen. Falls ich nicht Halter des Tieres bin, versichere ich, im ausdrücklichen Auftrag des Tierhalters zu handeln und für die entstehenden Kosten aus der Behandlung voll aufzukommen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Personalien und gebe den Auftrag zur Untersuchung/ Behandlung bzw. Operation des o.g. Tieres. Falls es zur Diagnosefindung erforderlich ist, ermächtige ich die Praxis, Leistungen Dritter (Labor, Spezialuntersuchungsanstalten u.ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.

Es erfolgt ausschließlich eine Behandlung gegen Barzahlung / EC- Karte.

Datum:

Unterschrift:

Einwilligungserklärung zur Datennutzung

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die Tierarztpraxis Robel (verantwortlich Dr. Renée Robel) meine auf der Anmeldung angegeben personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigung erhebt.

Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken:

Ich willige ein,

- dass die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt werden dürfen.
- dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen tierärztlicher Überweisungen an andere Tierarztpraxen, -kliniken übermittelt werden dürfen.
- dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen weiterführender Diagnostik an Untersuchungslabore und Institute übermittelt werden dürfen.
- dass mich die Tierarztpraxen Robel telefonisch über Laborergebnisse und Terminplanung informiert.
- dass die Tierarztpraxen Robel mir eine jährliche Erinnerung zur Impfprophylaxe per Mail oder Post zusendet.
- dass die erhobenen Daten auch im Rahmen einer Weiterführung der Praxis durch einen Nachfolger weiter bestimmungsgemäß genutzt werden dürfen.

Datum:

Unterschrift:

Zuständige Kammer und Schlichtungsstelle:
Tierärztekammer Brandenburg
Am Halbleiterwerk 1
15236 Frankfurt (Oder)

Berufshaftpflichtversicherung:
LVM

Berufsrechtliche Regelungen:
Berufsordnung der Tierärztekammer Brandenburg
einsehbar auf der Homepage der TÄ-Kammer

Berufsbezeichnung: Tierarzt lt. Approbation
verliehen in: Bundesrepublik Deutschland