

Kleintierpraxis Scheidt

Sascha Scheidt
Heidorner Str. 40 c
31515 Wunstorf
Tel.: 05031/3773

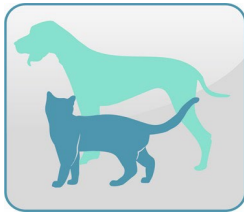
Anmeldeformular

Angaben zum Besitzer

Name:		Vorname:	
Straße:		Hausnummer:	
PLZ:		Ort:	
Telefon:		Mobil:	
E-Mail:			
Erinnerung:			

Angaben zum Tier

Tiername:		Farbe:	
Tierart:		Geburtsdatum:	
Rasse:		Geschlecht:	
Kastriert?			
Regelmäßige Medikamente:			
Vorerkrankungen/ Allergien:			



Kleintierpraxis Scheidt

Sascha Scheidt
Heidorner Str. 40 c
31515 Wunstorf
Tel.: 05031/3773

Behandlungsvertrag zwischen der Kleintierpraxis Scheidt und...

Name:		Vorname:	
Straße:		Hausnummer:	
PLZ:		Ort:	

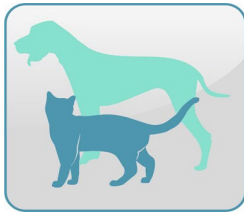
Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und deshalb berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung erforderlicher Behandlungen und Operationen zu schließen. Ich versichere ferner, dass ich willens und in der Lage bin, die dadurch entstehenden Kosten zu tragen. Ich erkläre in diesem Zusammenhang, dass ich mich zum Zeitpunkt dieser Erklärung in keinem gerichtlichen Schuldenverfahren befinde und dass das Schuldnerverzeichnis des für mich zuständigen Amtsgerichts keine Eintragungen über meine Person aufweist.

Sofern ich nicht Halter des Tieres bin, versichere ich, im ausdrücklichen Auftrag des Tierhalters zu handeln. Fehlt es an einer Bevollmächtigung oder stellt der Tierhalter eine Bevollmächtigung in Abrede, bestätige ich hiermit, dass ich für die entstehenden Kosten aus der Behandlung aufkommen werde.

Soweit es zur Diagnosefindung erforderlich ist, ermächtige ich den Inhaber und die Mitarbeiter der Praxis, Leistungen Dritter (Labore, Spezialuntersuchungsanstalten u.ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen. Über die Kosten werden Sie vor der Untersuchung aufgeklärt.

Ich zahle die entstehenden Kosten sofort in bar oder per EC-Karte. Mir ist bekannt, dass der Praxis ein Zurückbehaltungsrecht an dem behandelten Tier zusteht, wenn ich nicht bereit oder dazu in der Lage bin, die durch die Behandlung des Tieres entstandenen Kosten in bar oder per EC-Karte zu zahlen. Sollte ich mit meiner Zahlung in Verzug geraten, ist der Praxisinhaber dazu berechtigt meine Daten an ein Inkassounternehmen weiterzuleiten.

Wunstorf, den



Kleintierpraxis Scheidt

Sascha Scheidt

Heidorner Str. 40 c

31515 Wunstorf

Tel.: 05031/3773

Einwilligungserklärung zur Datennutzung und zu weiteren Zwecken

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die tierärztliche Praxis: Kleintierpraxis Scheidt (verantwortlich: Sascha Scheidt) meine auf der Anmeldung angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhebt.

Für jede darüberhinausgehende 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 auswählen)

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

Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen tierärztlicher **Überweisungen** an andere Tierarztpraxen, -kliniken, und 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: Kleintierpraxis Scheidt **telefonisch** über Laboregebnisse und Terminplanung informiert.

Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, im Rahmen der **Abrechnung der Behandlungen mit einer Tierkrankenversicherung**, sofern vorhanden, an diese übermittelt werden dürfen.

Ich willige ein, dass mir die tierärztliche Praxis: Kleintierpraxis Scheidt per E-Mail regelmäßig einen **Newsletter** zukommen lässt.

Sie haben jederzeit das Recht die Einwilligung aller oder auch einzelner Punkte zu widerrufen.

Wunstorf, den