



Liebe Pferdebesitzer!

Herzlich Willkommen in der Tierärztlichen Praxis Ahrensfelder Hof.

Um Ihr Pferd optimal betreuen zu können, bitten wir Sie um folgende Angaben. Diese Daten werden in unserer EDV gespeichert und unterliegen der tierärztlichen Schweigepflicht. (Bitte in Druckschrift ausfüllen!)

Patientenbesitzer / Rechnungsanschrift:

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon privat: _____ Handy: _____

E-mail: _____

Angaben zum Pferd:

Bitte Equidenpass vorlegen!

Name: _____

Rasse: _____

Geschlecht: Stute Hengst Wallach

Geburtsdatum: _____ ID: _____

Sind bei Ihrem Pferd Medikamentenunverträglichkeiten oder Allergien bekannt? _____

Besteht ein aktueller Tetanusschutz? _____

Ist das Pferd lt. Equidenpass als Schlachttier deklariert? Ja Nein

Haustierarzt:

Aufklärung über Behandlungen und Eingriffe:

Bei tierärztlichen Eingriffen, wie Injektionen, Punktionen oder Operationen kann es -trotz sorgfältiger fachgerechter Durchführung- zu Komplikationen kommen. In seltenen Fällen kann es zu infektiösen, allergischen oder sonstigen Folgeerkrankungen kommen. Die Praxis haftet nicht für Schäden an Tieren, soweit sie nicht dagegen versichert ist, oder diese Schäden nicht auf Vorsatz oder grob fahrlässigem Verhalten der Tierärztin oder der Mitarbeiter beruhen. Grundsätzlich haftet die Praxis (Frau TÄ B. Kibke) nur bis zu einem Tierwert von 150.000 Euro.

Zahlungsbedingungen:

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich Halter des Pferdes und daher 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 Schuldverfahren befinde, und dass das Schuldnerverzeichnis des für mich zuständigen Amtsgerichts keine Eintragung über meine Person aufweist.

Sofern ich nicht Halter des Pferdes bin, versichere ich, im ausdrücklichen Auftrag des Pferdehalters zu handeln. Stellt der Tierhalter diese 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 Inhaberin und Mitarbeiter der Praxis, Leistungen Dritter (Labors, Histologen u.ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.

Dieser Behandlungsauftrag gilt auch für evtl. zukünftig vorgestellte weitere Tiere desselben Halters.

Ahrensburg, _____

(Unterschrift)

Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns wichtig!

Um unsere Patienten optimal behandeln zu können, benötigen wir von Ihnen die Erlaubnis zur Speicherung, Verarbeitung und evtl. Weitergabe von Teilen Ihrer persönlichen Daten an Dritte (sog. Auftragsverarbeiter). Wir geben Ihre Daten daher nur dann weiter, sofern es zur Behandlung Ihres Tieres notwendig ist.

Die Weitergabe geschieht nicht zu Werbezwecken o. Ä.

Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken:

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die Tierärztliche Praxis Ahrensfelder Hof (verantwortlich: Britta Kibke) meine umseitig auf der Anmeldung angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages auf der Grundlage aktueller gesetzlicher Regelungen (DSGVO) erhebt und speichert.

Für jede darüber hinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen, ebenso für eine Weiterleitung an Dritte, bedarf es zusätzlich meiner Einwilligung. Diese Einwilligung erteile ich nachfolgend:

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

(Dies ist notwendig, damit Sie das Formular nur einmalig ausfüllen müssen und nicht bei jedem weiteren Besuch erneut.)

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

(Nur so dürfen wir Ihren Haustierarzt bei Rückfragen kontaktieren und z. B. einer Praxis oder Klinik einen Arztbericht für die Weiterbehandlung zukommen lassen.)

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

(Notwendig für z. B. weiterführende Blutuntersuchungen und Untersuchungen von Gewebeproben in Drittlaboren oder auch für die Weitergabe von Untersuchungsergebnissen an Zuchtauswertungsstellen.)

- Ich willige ein, dass die Tierärztliche Praxis Ahrensfelder Hof mich oder eine von mir genannte Person im Rahmen des Behandlungsvertrags telefonisch, postalisch oder per E-Mail kontaktieren darf.

(Notwendig, um Sie z. B. über den Behandlungsstand Ihres Tieres, Terminänderungen oder Ergebnisse von weiterführenden Untersuchungen unterrichten zu dürfen.)

- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch im Rahmen einer Weiterführung der Praxis durch einen Nachfolger weiterhin bestimmungsgemäß genutzt werden dürfen.

Datum: _____ Unterschrift: