

**Tierhalter**

Nachname	Vorname
Telefon	Mobilfunk
Straße	PLZ/Ort
E-Mail	Geb.-Datum

**Patient**

Tiername	Art
Rasse	Geb.-Datum
Geschlecht <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich	Chip-Nummer:
kastriert <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Op./Tierkrankenversicherung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Angaben zu Vorbehandlern und sollen diese über Befunde und Behandlung informiert werden?

<b>überweisender Tierarzt:</b>	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<b>Haustierarzt:</b>	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Einwilligung zur Weitergabe meiner Kontaktdaten und des Behandlungsverlaufs:

an externe Labore und andere Tierärzte (Zweitmeinung)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
an Krankenversicherung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
an das Haustierregister TASSO o. ä.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
zum Versand von Erinnerungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
zum Versand von Informationen zum Behandlungsverlauf	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Ich bezahle  BAR  mit EC-Cash.

„Wie haben Sie die Praxis gefunden?“: (bitte ankreuzen)

<input type="radio"/> auf Empfehlung von:	<input type="radio"/> im Telefonbuch	<input type="radio"/> im Vorbeigehen
<input type="radio"/> per Überweisung	<input type="radio"/> im Internet	<input type="radio"/> bin schon Kunde

Ich verpflichte mich, Änderungen der Anschrift oder Tel.-Nr. der Tierklinik umgehend mitzuteilen. **Ich versichere, dass ich der Halter des Tieres bin bzw. zum Abschluss dieser Behandlungsvereinbarung befugt bin.**

Ich habe die **Informationen zum Datenschutz** der Tierklinik Dr. Schneichel GmbH gemäß Art. 13 DSGVO erhalten und wurde im Vorfeld darüber in Kenntnis gesetzt, dass die Abrechnung nach GOT erfolgt und bei Notfällen ab 18 Uhr, Wochenenden und Feiertagen die erhöhten Pflichtgebührensätze gelten.

Ich erkläre mich einverstanden, dass in der Tierklinik Dr. Schneichel GmbH Foto- und Videoaufnahmen von mir und meinen Tieren angefertigt werden. Diese dürfen zeitlich und räumlich unbeschränkt zum Nutzen des Social Media Auftritts der Tierklinik genutzt werden.

Aus der Zustimmung zur Veröffentlichung leite ich keine Rechte ab.

Diese Einverständniserklärung ist gegenüber dem/der Fotograf:in jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufbar. Im Falle des Widerrufs werden die Aufnahmen von der jeweiligen Plattform entfernt.

Mayen, \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_