



Patientenaufnahmeschein / Aufnahmeformular

(Stand: November 2021)

Für unsere Patientenkartei erbitten wir folgende Angaben:

(bitte in Druckschrift ausfüllen!)

NAME DES AUFTRAGGEBERS: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ **mobil:** _____

E-Mail: _____

freiwillige Angaben:

Beruf: _____ **Geb.Datum:** _____

PATIENT:

Rufname des Tieres: _____ **Geb.Datum:** _____

Tierart: ☐ Hund ☐ Katze ☐ Sonstiges: _____

Rasse: _____ **Alter:** _____ **Gewicht:** _____

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ kastriert

Farbe/Besonderheiten: _____

Unverträglichkeiten (soweit bekannt): _____

Überwiesen von: _____

Tierkrankenversicherung: ☐ nein ☐ ja, bei Gesellschaft: _____

Behandlungsvertrag

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 (Labors, Spezialuntersuchungsanstalten u. ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.

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.

Datum / Unterschrift

Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken

Tierärztliche Praxis/Klinik	<u>Dr. med. vet. Alexa Läkamp</u>
Straße	<u>Rathausplatz 12</u>
PLZ/Ort	<u>49525 Lengerich</u>
Telefon/Telefax	<u>05481-5101</u>
E-Mail	<u>info@tierarzt-lengerich.de</u>

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die tierärztliche Praxis/Klinik Dr. med. vet. Alexa Läkamp (verantwortlich: Frau Dr. Alexa Läkamp) 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 Behandlungsverträge genutzt werden dürfen:
- ☐ Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen tierärztlicher Überweisungen 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/Klinik Dr. med. vet. Alexa Läkamp telefonisch über Laborergebnisse und Terminplanung informiert.
- ☐ Ich willige ein, dass mich die tierärztliche Praxis/Klinik Dr. med. vet. Alexa Läkamp per Post informiert.
- ☐ Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch im Rahmen einer Weiterführung der Praxis durch einen Nachfolger weiter bestimmungsgemäß genutzt werden dürfen.

Ort/Datum _____

Unterschrift _____



Einwilligungserklärung Datenschutz Einverständniserklärung zur Datenweitergabe an eine Tierärztliche Verrechnungsstelle

Tierärztliche Praxis/Klinik	Dr. med. vet. Alexa Läkamp
Straße	Rathausplatz 12
PLZ/Ort	49525 Lengerich
Telefon/Telefax	05481-5101
E-Mail	info@tierarzt-lengerich.de

Sehr geehrte Patientenbesitzerin, sehr geehrter Patientenbesitzer,

wir möchten Ihnen gerne mitteilen, dass meine/unsere Rechnungen durch die Tierärztliche Verrechnungsstelle / TVS Nordrhein-Westfalen r.v. bearbeitet werden.

Durch diese erhebliche Entlastung von Verwaltungsarbeiten bleibt uns mehr Ruhe und Zeit für die Patienten. Bei der TVS Nordrhein-Westfalen r.v. handelt es sich um eine langjährige berufsständige Gemeinschaftseinrichtung von Tierärztinnen und Tierärzten. Die Mitarbeiter der TVS Nordrhein-Westfalen r.v. unterliegen – wie die Tierärztin und der Tierarzt selbst – gemäß § 203 StGB den Bestimmungen der Schweigepflicht und darüber hinaus denen des Datenschutzgesetzes/der EU-Datenschutz-Grundverordnung.

Sie werden gebeten, durch Ihre Unterschrift Ihr – im Einzelfall jederzeit widerrufliches – Einverständnis zu erteilen, dass alle zur Rechnungserstellung notwendigen Daten wie Ihre Anschrift und sonstigen Verbindungsdaten sowie die Angaben zu erbrachten Leistungen und die dazugehörigen Diagnosen an die TVS Nordrhein-Westfalen r.v. weitergeleitet und die Rechnungsforderungen an diese zum Einzug abgetreten werden.

Hiermit erteile ich mein Einverständnis:

Vorname / Nachname Patientenbesitzer/in

Ort, Datum

Unterschrift Patientenbesitzer/in