



Lieber Patientenbesitzer!

Bitte füllen Sie folgendes Formular aus:

Patientenbesitzer:

Name, Vorname	Geburtsdatum	Beruf
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Tel.nr.	e-mail-Adresse	

Patient:

Name	Tierart/Rasse	Untugenden		
Geb.datum	Geschlecht	kastriert	Farbe	Täto/Chip
letzte Impfung erfolgte am		letzte Wurmkur erfolgte am		Allergien, Unverträglichkeiten

Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Ich verpflichte mich zur Übernahme der entstehenden Kosten und erkläre gleichzeitig, dass ich in der Lage bin, die Behandlungskosten zu tragen.

Ich bezahle bar mit ec-Karte (Konto ist für die Abbuchungssumme gedeckt)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Personalien und gebe den Auftrag zur Untersuchung / Behandlung meines oben genannten Tieres.

Die Bezahlung erfolgt sofort nach jeder Behandlung, bei Operationen bei Abholung Ihres Tieres. Wir machen darauf aufmerksam, daß Erstbehandlungen und Behandlungen während des Notdienstes nur gegen sofortige Barzahlung erfolgen können.

Aufgrund einiger schlechter Erfahrungen, haben wir beschlossen, in unser Anmeldeformular noch folgende Grundsätze aufzunehmen:

Ist der Auftraggeber nicht Eigentümer des Tieres, verpflichtet sich der Auftraggeber zur Übernahme der Untersuchungs- und Behandlungskosten.

Frau Dr. Wittig / Frau Dr. Kramer ist/sind berechtigt, vom Auftraggeber einen Vorschuss in Höhe der voraussichtlichen Behandlungskosten zu verlangen.

Mit seiner Unterschrift willigt der Auftraggeber gemäß §4 a Abs. 1 BDSG (Bundesdatenschutzgesetz) darin ein, dass seine obigen Daten nur im Fall der Nichtbegleichung der Behandlungsrechnung ohne sachlichen Grund von Frau Dr. Wittig / Frau Dr. Kramer in einer Datei gespeichert und an tierärztlichen Kollegen zwecks Information über zahlungsunfähige bzw. zahlungsunwillige Auftraggeber weitergeleitet werden. (§33 Abs. 2 Nr. 1 BDSG).

Moers, den _____
Datum Unterschrift des Eigentümers od. des Beauftragten