

ANMELDUNG

Bitte unbedingt vollständig und in Druckschrift ausfüllen. Wir bitten um Vorlage eines gültigen Personaldokuments.



Tierbesitzer	Tier	
Vorname	Name	
Name	Tierart	<input type="checkbox"/> Hund <input type="checkbox"/> Katze <input type="checkbox"/> Vogel <input type="checkbox"/> Reptil <input type="checkbox"/> kleines Heimtier <input type="checkbox"/> giftig <input type="checkbox"/> gefährlich
Straße, PLZ, Wohnort		
Mobiltelefon	Rasse/Art	
Telefon privat	Geburtsdatum	
Telefon dienstlich	Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> kastriert <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> nicht kastriert
E-Mail	Gewicht	
Fax	Farbe	
Haustierarzt		
<input type="checkbox"/> überwiesen <input type="checkbox"/> vorbehandelt	Tätowierung/Mikrochip-Nr.	

Die Abrechnung erfolgt direkt nach der Behandlung bzw. bei Abholung des Tieres. Bei größeren Eingriffen sowie längerem, stationärem Aufenthalt erbitten wir eine Anzahlung von 50% der zu erwartenden Kosten vorab.

Bitte wählen Sie eine der Zahlungsmöglichkeiten:

<input type="checkbox"/> Bar	<input type="checkbox"/> EC oder Kreditkarte	<input type="checkbox"/> PayPal
-------------------------------------	---	--

Grundlage für die Erstellung der Liquidation sind die Gebührenordnung für Tierärzte (GOT) und die Arzneimittel-Preisverordnung (AmPrV).

Mir ist bekannt, dass die Tierklinik 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 zu zahlen.

bitte wenden !

Datennutzung zu weiteren Zwecken

Zur erfolgreichen Behandlung ist es notwendig, dass die erhobenen Daten, soweit zur Diagnosefindung erforderlich, im Rahmen weiterführender Behandlung und Diagnostik an Untersuchungslabore, Institute, andere Tierärzte und Gutachter unverschlüsselt per E-Mail, Schnittstelle oder Fax übermittelt werden.

Eine Liste unserer Partner liegt zur Information aus.

Ich willige ein, (bitte ankreuzen)
<input type="checkbox"/> dass mich die Tierklinik Düsseldorf GmbH per Post und/ oder per E-Mail informiert.
<input type="checkbox"/> dass die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt werden dürfen.
<input type="checkbox"/> dass die erhobenen Daten auch im Rahmen einer Weiterführung der Praxis durch einen Nachfolger weiter bestimmungsgemäß genutzt werden dürfen
Übermittlung von Befunden und Behandlungsberichten an
Familienangehörige oder andere Person (Name / Geb.- Datum)
überweisenden Tierarzt oder Haustierarzt

Sie können Ihre Einwilligungen jederzeit für die Zukunft und ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Behandlungsvertrag

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Personalien und beauftrage die Tierklinik Düsseldorf mit der Behandlung des umseitig genannten Tieres.

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistung abzuschließen. Ich versichere ferner, dass ich Willens und in der Lage bin, die durch die Behandlung entstehenden Kosten zu tragen. Ich erkläre dazu, dass ich mich zum Zeitpunkt der Erklärung in keinem gerichtlichen Schuldnerverfahren befinde, dass das Schuldnerverzeichnis des für mich zuständigen Amtsgerichtes keine Eintragungen zu meiner Person aufweist und ich die Rechnung begleichen werde.

Falls 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 Willens und in der Lage bin, für die entstehenden Behandlungskosten aufzukommen kann und diese begleichen werde.

Ich akzeptiere die **AGB** und **Zahlungsbedingungen** und bestätige, dass ich die Informationen zum **Datenschutz** nach Art. 13 DSGVO erhalten habe.

Düsseldorf, den

Unterschrift