

PATIENTENAUFNAHMESCHEIN/ BEHANDLUNGSVERTRAG



Aufgrund gesetzlicher Verpflichtungen müssen wir für die korrekte Erfassung und sicheren Verarbeitung Ihrer personen- und tierbezogenen Daten die nachfolgend aufgeführten Informationen erfassen. Auf Wunsch erhalten Sie gern eine Kopie dieses Formulars. Vielen Dank für Ihre vollständigen Angaben in DRUCKBUCHSTABEN. Wenden Sie sich für Fragen oder Ausfüllhilfe gern an uns.

ANGABEN ZUM AUFTRAGGEBER

Personalausweis-Nr. gültig bis ausgestellt durch
Name Vorname Geburtsdatum*
Straße PLZ Wohnort
Telefon privat Telefon dienstlich Mobiltelefon
E-Mail

* (Zur Identifikation / Rechnungslegung erforderlich)

ANGABEN ZUM PATIENTEN

Name des Tieres Tierart/Rasse Geburtsdatum
Identifizierung/ Farbe Gewicht
Tätowierungsnr.
Geschlecht männlich weiblich Kastriert ja nein bei Katzen: Freigänger ja nein
Dient das Tier einem wirtschaftlichen Nutzen oder zur Lebensmittelgewinnung?
 Ja; Nutzung als Zucht
Tierkranken- oder OP-Versicherung Ja Nein Weiss ich nicht

HAUSTIERARZT

Name Anschrift

ÜBERWEISENDER TIERARZT

Name Anschrift

AN WELCHE WEITEREN DRITTEN DÜRFEN WIR TELEFONISCH ODER PERSÖNLICH AUSKÜNFTE ERTEILEN? (ohne Angaben zu dieser Frage können wir nur Ihnen Auskünfte erteilen)

Wen sollen wir über unsere Behandlung informieren?

- Haustierarzt Überweisender Tierarzt Bitte keine Information weitergeben!
 Ehegatte/Lebenspartner (Name, Geb.-Datum*)
 Sonstige (Name, Geb.-Datum*)

Datum

Unterschrift

*Geb.-Datum für Identifikation erforderlich

ERKLÄRUNGEN DES / DER AUFTRAGGEBER / -IN

Hiermit beauftrage ich die Kleintierklinik Frank mit der Erbringung tierärztlicher Leistungen für das oben angegebene Tier.

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistungen der Kleintierklinik Frank zu schließen. Sofern ich nicht der 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 und verstehe, dass ich unter Umständen dem Vorwurf der Verletzung der Datenschutzrechte des Halters bzw. Tieres ausgesetzt werde.

ZAHLUNGSMODALITÄTEN

Wir berechnen unsere Leistungen auf Grundlage der **Gebührenordnung für Tierärzte (GOT)** und unsere Medikamente auf Grundlage der **Arzneimittel-Preisverordnung (AmPreisV)**. Ausserhalb der Kernsprechzeiten im Wochenend-, Feiertags- und Notdienst werden unsere Leistungen mit einem erhöhten Gebührensatz abgerechnet.

Wir bitten um Begleichung der Rechnung im Anschluss an jede Behandlung bzw. bei Abholung des Tieres. **Grundlegend** ist die aus der Erbringung tierärztlicher Leistungen, ggf. der Unterbringung und Betreuung Ihres Tieres sowie der Verbrauchsgüter, der Medikamentenanwendung oder -abgabe, Futter-, Futterzusatzmittel oder Zubehörabgabe entstehende Forderung in **bar oder per EC-Karte** zu begleichen.

Die Zahlung der Rechnung ist spätestens nach Erbringung unserer Dienstleistung, unabhängig von dem Behandlungserfolg fällig.

Bei operativen Eingriffen bzw. diagnostischen oder therapeutischen Leistungen, die voraussichtlich eine Rechnungssumme von 500,- EUR überschreiten, ist auf Verlangen vor Behandlungsbeginn ein Abschlag in Höhe von 500,- EUR zu zahlen. Erreicht die Gesamtforderung aus dem Behandlungsvertrag die Abschlagssumme, kann ein erneuter Abschlag in angemessener Höhe fällig gestellt werden.

>> bitte wenden

Information zur Rechnungs- oder Ratenzahlung

Eine zuvor zu vereinbarende Rechnungs- oder Ratenzahlung bedingt die Übermittlung der personen- und tierbezogenen Daten an die Verrechnungsstelle BFS Health Finance, an die wir unsere Forderungen abtreten, die Sie uns genehmigen müssen. BFS nimmt eine Prüfung Ihrer Angaben vor. Hierfür werden Sie gebeten, sich uns gegenüber mit Ihrem Personalausweis (ID) auszuweisen.

Sollte BFS es ablehnen, unsere Forderung an Sie zu übernehmen, werden den Mitarbeitern der Kleintierklinik Frank die Gründe hierfür nicht mitgeteilt, ebenso wenig können wir die Entscheidung der BFS beeinflussen. Dann muss die Zahlung in bar oder per EC-Karte erfolgen.

Nimmt BFS unsere Forderung an, werden die Rechnungsdaten elektronisch übermittelt und BFS sendet Ihnen die Rechnung und die Zahlungsbedingungen zu. (Nähere Infos zu dem Vorgang klären Sie bitte mit BFS, Tel. für Tierhalter: 0231 – 945 362-999, Mail: kundenservice@meinebfs.de)

ICH MÖCHTE MEINE RECHNUNG FOLGENDERMASSEN ZAHLEN *(bitte ankreuzen)*

bar EC-Karte Ich beantrage Rechnungszahlung – nur auf Absprache

Datum

Falls ich eine Rechnungszahlung beantrage, bin ich mit der Übermittlung der personen- und tierbezogenen sowie der rechnungsbezogenen Daten an die Verrechnungsstelle BFS Health Finance einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Unterschrift

ALLGEMEINE DATENSCHUTZHINWEISE *(siehe auch unser Merkblatt zum Datenschutz)*

Unsere tierärztlichen wie auch die nicht-tierärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind aufgrund der EU-Datenschutz-Grundverordnung, § 203 Strafgesetzbuch (StGB), § 17 Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb (UWG), der Besonderen Geheimhaltungsvorschriften unserer Klinik zur Berufsverschwiegenheit verpflichtet.

Zur Verschwiegenheit zählen der Umstand des Zustandekommens des Patientenverhältnisses und sämtliche Informationen, die Sie als Patientenhalter im Rahmen des Patientenverhältnisses in Bezug auf sich selbst oder Ihr Tier bzw. dessen Einsatz, Beschaffenheit, Vorerkrankungen oder tierärztliche Vorbehandlungen mitteilen. Dabei ist zu beachten, dass ein Mandatsverhältnis nicht bereits mit einer Anfrage zustande kommt. Dennoch werden wir Informationen, die sich aus solchen Anfragen ergeben, ebenfalls vertraulich behandeln. Sämtliche für die Klinik tätigen Personen sind mit den aktuellen Datenschutz- und Geheimhaltungsvorschriften vertraut und entsprechend geschult.

EINWILLIGUNG IN DIE DATENNUTZUNG ZU AKTUELLEN 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 genehmigt im Rahmen tierärztlicher Rücküberweisungen an andere Tierarztpraxen, -kliniken unverschlüsselt per E-Mail, Schnittstelle oder Fax übermittelt werden dürfen.

Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit zur Diagnosefindung erforderlich, im Rahmen weiterführender Diagnostik an Untersuchungslabore und Institute unverschlüsselt per E-Mail, Schnittstelle oder Fax übermittelt werden dürfen.

Ich willige ein, dass mich die Kleintierklinik Frank telefonisch oder unverschlüsselt per E-Mail, Schnittstelle oder Fax über den aktuellen tiermedizinischen Stand, Labor-Ergebnisse und den finanziellen Stand der Rechnung informiert.

Datum

Ich willige ein, dass mich die Kleintierklinik Frank über deren Dienstleistungen und wichtige Termine (Infoabende, Halterinformationen, Impferinnerungen etc.) werblich informiert.

Unterschrift

SCHLUSSBESTIMMUNGEN FÜR DEN DIENSTLEISTUNGSVERTRAG

Für sämtliche Auseinandersetzungen erkenne ich Freiburg als Gerichtsstand an.

Ist eine Bestimmung dieses Vertrags unwirksam, werden die übrigen Bestimmungen dieses Vertrages in ihrer Wirksamkeit nicht berührt. Die unwirksame bzw. undurchführbare Bestimmung ist durch eine solche Bestimmung zu ersetzen, die dem wirtschaftlich von den Vertragsparteien Gewolltem am nächsten kommt. Gleiches gilt im Falle einer Vertragslücke.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Personalien sowie meiner Angaben.

Datum

Unterschrift

BESTÄTIGUNG DER AUSHÄNDIGUNG DER «INFORMATION ZUR DATENVERARBEITUNG»

Ich bestätige durch meine Unterschrift, dass ich das Merkblatt «Information zum Datenschutz der Kleintierklinik Frank» erhalten habe.

Datum

Unterschrift

Pflichtangaben für Tierärzte nach (DLInfoV):



Kleintierklinik Dr. Frank

Dott. Matthias Frank,
Facharzt für Klein- und Heimtiere
Mooswaldallee 10i
79108 Freiburg i.Br.
Tel. +49(0)761 503 6660
Fax +49(0)761 503 6677
info@kleintierklinik-frank.de
www.kleintierklinik-frank.de

Zuständige Kammer u. Schlichtungsstelle:
Landestierärztekammer Baden-Württemberg
Berufsrechtliche Regelungen:
Berufsordnung der LTK Baden-Württemberg
Berufshaftpflichtversicherung:
Allianz Versicherung AG, München,
Geltungsbereich: Deutschland
Berufsbezeichnung:
Tierarzt lt. Approbation verliehen in:
Bundesrepublik Deutschland

Zusatzbezeichnungen:
Dott. Matthias Frank,
Fachtierarzt für
Klein- und Heimtiere
verliehen durch
LTK Baden-Württemberg
Finanzamt:
Freiburg
Ust-ID-Nr. nach §27a:
DE258367556