

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 (Geb.-Datum zur Identifikation erforderlich)*

Name Vorname Geburtsdatum*
Straße PLZ Wohnort
Telefon privat Telefon dienstlich Mobiltelefon
E-Mail

ANGABEN ZUM PATIENTEN

Name des Tieres Chip-/Tattoo nr. Geburtsdatum
Tierart/Rasse Farbe Gewicht
Geschlecht männlich weiblich Kastriert? ja nein bei Katzen: Freigänger ja nein

DIENT DAS TIER EINEM WIRTSCHAFTLICHEN NUTZEN ODER ZUR LEBENSMITTELGEWINNUNG?

Nein Ja; Nutzung als Zuchttier

Tierkranken- oder OP-Versicherung Ja Nein Weiss ich nicht?

HAUSTIERARZT

Anschrift

ÜBERWEISENDER TIERARZT

Anschrift

AN WELCHE WEITEREN DRITTEN DÜRFEN WIR TELEFONISCH, IN TEXTFORM ODER PERSÖNLICH AUSKÜNFTE ERTEILEN? (ohne Angaben zu dieser Frage können wir nur Ihnen Auskünfte erteilen) (Geb.-Datum zur Identifikation erforderlich)*

Haustierarzt Überweisender Tierarzt Bitte keine Information weitergeben!

Ehegatte/Lebenspartner (Name, Geb.-Datum*)

Sonstige (Name, Geb.-Datum*)

Datum

Unterschrift



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 Leistungen auf Grundlage der Gebührenordnung für Tierärzte (GOT) und Medikamente auf Grundlage der Arzneimittel-Preisverordnung (AmPreisV). Ausserhalb der Kernsprechzeiten (Wochenend-, Feiertags- / Notdienst) rechnen wir zu einem erhöhten Gebührensatz ab.

>> bitte wenden

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. Die Zahlungsdaten werden in unserer Praxisverwaltungssoftware gespeichert.

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

bar EC-Karte

Datum 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 Erbringung der Dienstleistung erforderlich, an Untersuchungs-labore und Institute bzw. einem Bestattungsinstitut oder einem Futter- bzw. Futterzusatzmittelhersteller 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, Laborergebnisse und den finanziellen Stand der Rechnung informiert

Datum 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, 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