

## VOLLMACHT

### Angaben zum | zur Vollmachtgeber | -in

Nur für BFS: Personalausweis-Nr.:

gültig bis:

ausgestellt:

Verein / Behörde / Firma

Name

Vorname

Geburtsdatum

(Zur Identifikation / Rechnungslegung erforderlich)

Straße

PLZ

Wohnort

Telefon privat

Telefon dienstlich

Mobile

E-Mail

### Angaben zum | zur Bevollmächtigten (Geb.-Datum zur Identifikation / Rechnungslegung erforderlich)

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ

Wohnort

### Angaben zum Patienten

Name des Tieres

Tierart/Rasse

Geburtsdatum

Identifizierung/Tätowierungsnummer

Farbe

Gewicht

männlich

weiblich

kastriert / sterilisiert?

Bei Katzen: Freigänger?  ja

nein

Dient das Tier einem wirtschaftlichen Nutzen oder zur Lebensmittelgewinnung?

Ja; Nutzung als

Zucht

Nein

Tierkranken- oder OP-Versicherung  ja

nein  Nein /  Weiss ich nicht?

Haustierarzt:

Überweisender Tierarzt

Anschrift

Anschrift

Welchen 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

.....  
Unterschriftskürzel

### Erklärungen des / der Vollmachtgebers | -in

Hiermit bevollmächtige ich den/die oben bezeichneten Bevollmächtigte|-n, die Kleintierklinik Frank mit der Erbringung tierärztlicher Leistungen für das oben angegebene Tier zu beauftragen bzw. in meinem Namen das Tier abzuholen bzw. Abgabemedikamente für das Tier abzuholen.

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistungen der Kleintierklinik Frank zu schließen. Die Informationen zu notwendigen tierärztlichen Schritten, dem Risiko, der Prognose und den voraussichtlichen Kosten gelten nach Mitteilung an den/die Bevollmächtigte|-n in demselben Mass erteilt, als wären mir diese Informationen selbst erteilt worden.

Ich versichere ich zudem, dass der/die Bevollmächtigte in meinem ausdrücklichen Auftrag handelt. Ich werde für die entstehenden Kosten aus der Behandlung aufkommen und befreie die Kleintierklinik Frank gegenüber dem/der Bevollmächtigten von der tierärztlichen Schweigepflicht bzw. den Geheimhaltungsverpflichtungen der EU- Datenschutz-Grundverordnung. Der/die Bevollmächtigte wird den Patientenaufnahmeschein in meinem Namen und Auftrag ausfüllen und die Angaben entsprechen meinem ausdrücklichen Einverständnis.

### 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 und denen des/der Bevollmächtigten.

Der/die Bevollmächtigte bestätigt mit seiner Unterschrift sein Einverständnis mit der vorgenannten Vollmacht.

Ort, Datum

Unterschriften:  
Vollmachtgeber

Bevollmächtigter

