



## ANMELDEFORMULAR

Besitzer\*in:

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

Patientendaten:

Name des Tieres:

Art, Rasse:

Geburtsdatum:

Geschlecht: männlich  kastriert   
weiblich  kastriert

Farbe:

Gewicht in kg:

Überweisende Tierarztpraxis, Name des / der behandelnden Tierarzt\*in:

Vorbericht / Überweisungsgrund:

Bisherige Therapie / aktuelle Medikation:

Zahlungsbedingungen:

Alle ambulanten Leistungen und Medikamente werden direkt nach der Behandlung abgerechnet. Bei stationären Behandlungen wird vor der Aufnahme des Patienten eine Vorauszahlung berechnet. Der Restbetrag ist dann bei der Entlassung des Patienten zur Zahlung fällig. Auf Wunsch erstellen wir Ihnen gerne einen Kostenvoranschlag. Sie haben die Möglichkeit Ihre Rechnung per  Barzahlung oder  Kartenzahlung zu bezahlen.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Personalien, akzeptiere die Zahlungsbedingungen und gebe den Auftrag zur Untersuchung / Behandlung meines Tieres.

Datum und Unterschrift des Patientenbesitzers / der Patientenbesitzerin



## Einwilligung nach Art. 6 Abs. 1 Satz 1 a) i.V.m. Art. 7 Datenschutz-Grundverordnung (DSGO)

Nach Kenntnisnahme des ausliegenden Datenschutzhinweises wird folgende Einwilligung erteilt:

Zum notwendigen und erforderlichen Zweck der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses werden über die bereits benannten Daten weitere personenbezogene Daten, wie Geburtsdatum und Bankverbindung, verarbeitet.

Die zu diesem Zweck verarbeiteten Daten werden nach Zweckerreichung und/oder Ablauf rechtlicher Aufbewahrungsfristen, spätestens jedoch nach 15 Jahren, gelöscht.

Mit Ihrer folgenden Einwilligung geben Sie ihr freiwilliges Einverständnis zu der vorbeschriebenen Datenverarbeitung.

Hiermit erkläre ich ausdrücklich mein Einverständnis mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten in dem vorbeschriebenem Umfang und der beschriebenen Art und Weise.

---

Datum und Unterschrift des Patientenbesitzers / der Patientenbesitzerin

