



## Anmeldeformular

**BITTE IN DRUCKSCHRIFT AUSFÜLLEN!**

### Angaben Tierhalter:

Name: _____	Vorname: _____
Geburtsdatum: _____	
Straße, Hausnummer: _____	
PLZ: _____	Wohnort: _____
Telefon privat: _____	Telefon dienstlich: _____
Telefon mobil: _____	
E-Mail: _____	

### Angaben zum Patienten:

Rufname: _____	
Tierart: <input type="checkbox"/> Hund <input type="checkbox"/> Katze <input type="checkbox"/> Kaninchen <input type="checkbox"/> Meerschweinchen <input type="checkbox"/> Hamster <input type="checkbox"/> Sonstige _____	
Tierrasse: _____	Farbe: _____
Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	kastriert: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Geburtstag: _____	Chipnummer: _____
Name, Adresse des Haustierarztes/überweisender Tierarzt:	
_____	
_____	
_____	
Tierkrankenversicherung:	
(Versicherungsgesellschaft, Vers.-Nr. Was muss auf der Rechnung stehen? z.B. Gewicht, Chipnummer)	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
_____	
_____	

**RÜCKSEITE BEACHTEN!**



Geschäftsführer: *Lennart Sörensen*

Königsberger Straße 36

12207 Berlin

## **Behandlungs-, Daten- und Zahlungsvereinbarung**

Ich versichere, dass ich Halter des genannten Tieres bin und somit die Berechtigung besitze, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistungen der Tierarztpraxis Dr. Sörensen GmbH zu schließen. 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 für die entstehenden Kosten aus der Behandlung aufkomme. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Personalien und erteile den Auftrag zur Untersuchung / Behandlung bzw. Operation des o. g. Tieres. Falls es zur Diagnosefindung erforderlich ist, ermächtige ich die Praxis, Leistungen Dritter (Labors, Spezialuntersuchungsanstalten u.Ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen. Ich informiere die Praxis umgehend, bei Änderungen der Kontaktdaten. Ich bezahle meine Rechnung sofort am Behandlungs-/ Operationstag bar oder mittels EC-Karte/Kreditkarte.

Erfolgt die Zahlung nicht an diesem Tag, stimme ich der Weitergabe meiner Daten an die Tierärztliche Verrechnungsstelle Heide r.V. zu. Die Abwicklung über eine Tierkrankenversicherung erfolgt selbstständig und entbindet nicht von der Zahlung an die Tierarztpraxis Sörensen GmbH

Des Weiteren bestätige ich, dass mein Tier nicht der Lebensmittellieferung dient. Ist dies dennoch der Fall, informiere ich die Praxis schriftlich darüber.

Für alle Tiere die nachfolgenden von mir oder bevollmächtigen Personen zu meiner Kundenkartei hinzugefügt werden, bestehen dieselben Zahlungsverpflichtungen, wie vorrangegangen beschrieben.

Für sämtliche Auseinandersetzungen erkenne ich Berlin als Gerichtsstand an.

Die nachfolgenden Informationen zur elektronischen Datenverarbeitung und –speicherung habe ich gelesen und stimme der Verarbeitung meiner Daten zu.

Unsere Tierärzte wie auch unsere nicht-tierärztlichen Mitarbeiter sind aufgrund

- § 203 Strafgesetzbuch (StGB, Verletzung von Privatgeheimnissen),
- § 17 Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb (UWG, Verrat von Geschäfts- und Betriebsgeheimnissen),
- der Besonderen Geheimhaltungsvorschriften unserer Praxis zur Berufsverschwiegenheit verpflichtet.

Zur Verschwiegenheit zählen der Umstand des Zustandekommens des Patientenverhältnisses und sämtliche Informationen, die der Patientenbesitzer uns im Rahmen des Patientenverhältnisses in Bezug auf sich selbst oder sein Tier bzw. dessen Einsatz, Beschaffenheit, Vorerkrankungen oder tierärztliche Vorbehandlungen mitteilt. Bitte beachten Sie, dass ein Mandatsverhältnis nicht schon mit einer Anfrage zustande kommt. Dennoch werden wir Informationen, die sich aus solchen Anfragen ergeben, ebenfalls vertraulich behandeln.

Sämtliche für unsere Praxis tätigen Personen sind mit den Datenschutz- und Geheimhaltungsvorschriften vertraut und entsprechend eingearbeitet. Wir speichern die von Ihnen gemachten persönlichen Angaben, die Daten Ihres Tieres und dessen Krankheitsgeschichte, sämtliche gewonnenen Erkenntnisse aus unseren Untersuchungen inkl. Ergebnisse bildgebender Verfahren und Behandlungen wie auch sämtliche Daten der Fakturierung und des Zahlungsverkehrs. Im Falle der Nichtzahlung erfolgt die Weitergabe der Daten an die Tierärztliche Verrechnungsstelle Heide. r.V.

Selbstverständlich geben wir ohne entsprechende Vollmacht keine Daten an Dritte weiter. Eine Ausnahme hiervon stellen Überweisungen von tierärztlichen Kollegen dar, da wir dem Kollegen telefonisch wie auch schriftlich über unsere Untersuchungen und Behandlungen informieren, damit die künftige Versorgung Ihres Tieres weiterhin durch möglichst vollständiges Wissen um dessen Krankheitsgeschichte gewährleistet bleibt. Mit Ihrer Unterschrift bevollmächtigen Sie uns zu dieser Vorgehensweise.

Ist eine Bestimmung dieses Vertrages 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 erkläre ich mich einverstanden, dass meine erhobenen personenbezogenen Daten:**

- für die im vorangegangen beschrieben Vorgänge verarbeitet und gespeichert werden dürfen.
- auch zukünftig für Behandlungsverträge in unserer Praxis genutzt werden dürfen.
- an andere Tierärzte und Kliniken weitergeleitet werden dürfen, z.B. zur Weiterbehandlung.
- soweit erforderlich und notwendig im Rahmen der weiterführenden Diagnostik, an Fremdlabore und Institute übermittelt werden dürfen.
- auch im Rahmen einer Weiterführung der Tierarztpraxis B.Sörensen GmbH unter einem Nachfolger, weiter bestimmungsgemäß genutzt werden dürfen.