

Anmeldeformular



Tierarztpraxis
Burhaffe/Middels



Angaben zum Besitzer:

Name, Vorname _____

Straße/Hausnr. _____

PLZ/Ort _____

Telefon: _____

Angaben zum Tier:

Name: _____ Alter/Geburtstag: _____

Rasse: _____ Geschlecht: _____

kastriert? Ja / Nein Kennzeichnung: _____
(z.B. Chip oder Tätowierung)

Besonderheiten: _____
(Erkrankungen, Dauermedikation etc.)

Mein Tier hat eine **TIER-KRANKENVERSICHERUNG** ja nein
und eine **OP-VERSICHERUNG** ja nein bei _____

Wir weisen darauf hin, dass alle anfallenden Kosten einer Behandlung, sowie Medikamente direkt im Anschluss an die Behandlungen in **bar, per EC-Karte oder per Kreditkarte** beglichen werden müssen. Eine Zahlung per Rechnung ist **nicht** möglich.

Um die Behandlung Ihres Tieres/Ihrer Tiere zu dokumentieren, rechtliche Vorgaben zu erfüllen und Daten verarbeiten zu dürfen, ist es erforderlich Ihre persönlichen Daten in der Tierarztpraxis zu speichern.

Es handelt sich dabei um die von Ihnen oben ausgefüllten Daten und ggf. der Bankverbindung. Weiter werden Daten zur Behandlung Ihres Tieres und dessen Krankengeschichte, so wie die Kosten erfasst. Diese Daten werden, bei Bedarf, durch Überweisungen oder Laboruntersuchungen, an Dritte weitergegeben.

Die Information zur elektronischen Datenverarbeitung und –Speicherung habe ich gelesen und stimme der Verarbeitung meiner Daten zu. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Bereits gespeicherte Daten, bis zum Widerruf, bleiben erhalten.

Eine Behandlung kann nur erfolgen, wenn die Einwilligung zur Datenspeicherung und –Verarbeitung vorliegt

Datum und Unterschrift:
