



# Anmeldeformular und Behandlungsvertrag

Liebe Patientenbesitzer:in,  
für einen geregelten und strukturierten Praxisablauf benötigen wir einige Daten von Ihnen und Ihrem Tier, die selbstverständlich der tierärztlichen Verschwiegenheit unterliegen.

## Patientenbesitzer:in

_____ Vorname	_____ Nachname
_____ Straße/Hausnummer	
_____ PLZ	_____ Ort
_____ Telefon-Numer	_____ Handy-Nummer
_____ E-Mail	_____ Geburtsdatum

## Tierdaten

_____ Tier-Name	_____ Tier-Geburtstag
_____ Tier-Art	_____ Tier-Rasse
_____ Chip-Nummer (falls vorhanden)	_____ Farbe
Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich Kastriert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____ seit wann in Besitz?

\_\_\_\_\_  
Vorerkrankungen/Medikamente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Die Zahlung der erbrachten Leistungen und Medikamente erfolgt in direktem Anschluss an die Behandlung – bar oder EC Cash. Rechnung oder Ratenzahlungen können wir leider nicht anbieten.

Gemäß den gesetzlichen Vorgaben rechnen wir unsere tierärztlichen Leistungen ausschließlich nach der Gebührenordnung für Tierärzte (GOT) ab. Bitte beachten Sie, dass wir im Nacht- und Notdienst verpflichtet sind, Zuschläge zu erheben.

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und daher berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der Behandlungen und Operationen abzuschließen. Ich bin in der Lage und Willens die erforderlichen Kosten zu tragen. Sofern ich der Überbringer des Tieres bin, so versichere ich, im Auftrag des Tierhalters zu handeln.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum



\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Einwilligung nach Art. und Abs. 1 Satz 1a) i. V. m Art. 7 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)**

Im Zuge des zukünftigen zwischen Ihnen und uns bestehenden Behandlungsvertrags, werden bei Bedarf Proben des zu behandelnden Tieres zur Auswertung an Labore weitergegeben. Des Weiteren übermitteln wir personenbezogene Daten und Behandlungsverläufe an unsere veterinärmedizinischen Kollegen im Falle einer Überweisung/Rücküberweisung.

Mit meiner Unterschrift willige ich des Weiteren ein, dass personenbezogene Daten an Dritte (z. B. Fremdlabore und andere Kollegen) weitergegeben werden dürfen. Die Daten werden nicht für Werbezwecke verwendet. Die Einwilligungserklärung können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Bitte richten Sie Ihren Widerruf an die Fachpraxis für Kleintiermedizin Erfurt, Am Teiche 2, 99095 Erfurt-Stotternheim. Selbstverständlich können Sie auch zu jedem späteren Zeitpunkt mit Wirkung für die Zukunft von Ihrem Widerrufsrecht Gebrauch machen oder einen eingelegten Widerruf wieder zurücknehmen.

Mit Ihrer folgenden Unterschrift geben Sie Ihr freiwilliges Einverständnis zu der vorgeschriebenen Datenverarbeitung.

Hiermit erkläre ich ausdrücklich mein Einverständnis mit der Verarbeitung meiner personenbezogener Daten in dem vorgeschriebenen Umfang und der beschriebenen Art und Weise. Dies beinhaltet auch die Übermittlung an die benannten Labore und Kollegen der Veterinärmedizin, im Rahmen der von mir in Anspruch genommenen Leistungen und des anstehenden Behandlungsvertrags. Den Datenschutzhinweis gemäß EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) habe ich gelesen und verstanden.

Diese Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen oder abgeändert werden. Der Widerruf ist postalisch oder per E-Mail an uns zu senden. Eine Folge des Widerrufs kann dann jedoch sein, dass wir das Behandlungsverhältnis nicht mehr oder nicht mehr im bisherigen Umfang fortführen können.

- Ich bin einverstanden, dass Aufnahmen und Daten von meinem Tier(en) durch die Fachpraxis für Kleintiermedizin Erfurt, Dr. Kammlott und Rotsche GbR und deren Mitarbeiter veröffentlicht und für Werbezwecke verwendet werden dürfen.

---

Ort/Datum

**X**

---

Unterschrift