



## Patientenaufnahmeschein: Nutztiere

Status: freigegeben

ID: 513

Revision: 003/02.2024

### Tierarztpraxis Hohne

Am Knickbusch 15a, 29362 Hohne,  
Tel 05083-1331

Formular

Für unsere Patientenkartei erbitten wir folgende Angaben: *(bitte leserlich in Druckschrift ausfüllen!)*

Name des Auftraggebers: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

eMail-Adresse: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Rg / AuA-Belege) per eMail

**JA/NEIN**

Patient:

## Nutztierbestand

VVVO-Nr.: \_\_\_\_\_

Adresse des Tierbestandes, sofern abweichend:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## Tierarztpraxis Hohne

Am Knickbusch 15a, 29362 Hohne,  
Tel 05083-1331

Formular

## Tierärztlicher Behandlungsvertrag

## Allgemeines:

- Sie beauftragen uns mit der Untersuchung, Behandlung und/oder ggf. der Operation des Tieres („die Behandlung“).
- Sie versichern, dass Sie der Halter des Tieres und deshalb berechtigt sind, einen Vertrag über die Durchführung erforderlicher Behandlungen zu schließen, und/oder z.B. im Auftrag der Tierhalter:in handeln und diese:r mit der Behandlung einverstanden ist.
- Unabhängig davon versichern Sie, dass Sie uns persönlich die dabei nach der Gebührenordnung für Tierärzte (GOT) anfallenden Gebühren und Kosten gegen Erhalt einer entsprechenden Rechnung bezahlen werden. Bei Vorstellung des Tieres im Notdienst fallen erhöhte Gebühren und ein Zuschlag nach der GOT an. **Sie erklären, dass Sie die entstehenden Kosten sofort im Anschluss an die Behandlung oder bei Operationen bei Abholung des Tieres in bar oder per EC-Karte bezahlen**, sofern dies nicht in Ausnahmefällen in Form einer individuellen Ergänzung dieses Vertrages über eine externe Abrechnungsstelle erfolgt.
- Sie erklären in diesem Zusammenhang, dass Sie sich zum Zeitpunkt dieser Erklärung in keinem gerichtlichen Schuldenverfahren befinden, und dass das Schuldnerverzeichnis des für Sie zuständigen Amtsgerichts keine Eintragungen über ihre Person aufweist.
- Soweit es zur Diagnosefindung erforderlich ist, ermächtigen Sie uns, Leistungen Dritter (Labors, Spezialuntersuchungsanstalten u.ä.) in Ihrem Namen und auf Ihre Rechnung in Anspruch zu nehmen.
- Auf Nachfrage erteilen wir Ihnen vor der Behandlung eine Gebühren- und Kostenschätzung.

## Sonstige Informationen zu unserer Praxis:

- Zuständige Aufsichtsbehörde: Tierärztekammer Berlin, Littenstraße 108, 10179 Berlin, Tel.: +49 30 3121875; <https://www.tieraerztekammer-berlin.de>
- Berufshaftpflichtversicherung: Continentale Sachversicherung, [www.continentale.de](http://www.continentale.de)
- Für unsere Praxis und diesen Vertrag gelten folgende berufsrechtliche Regelungen:
  - Bundestierärzteordnung ([www.bundestieraerztekammer.de/tieraerzte/beruf/bundestieraerzteordnung/](http://www.bundestieraerztekammer.de/tieraerzte/beruf/bundestieraerzteordnung/))
  - Gebührenordnung für Tierärzte GOT ([www.bundestieraerztekammer.de/tieraerzte/beruf/got/](http://www.bundestieraerztekammer.de/tieraerzte/beruf/got/))
  - Berufsordnung der Tierärztekammer Niedersachsen (<https://www.tknds.de/tieraerzte/gesetze-verordnungen/berufsordnung/>)

**X** Hier unterschreiben

Ort, Datum

Unterschrift Tierhalter:in (bei Minderjährigen durch Erziehungsberechtigte)

## Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken (Datenschutzgrundverordnung)

Hiermit stimme ich der Verarbeitung meiner Daten im Sinne der DSGVO zu. Ich erteile die Einwilligung, dass die Praxis meine auf der Anmeldung angegebenen Daten zum Zwecke der Durchführung des obigen und künftiger Behandlungsverträge mit der Praxis erhebt und verarbeitet. Die Datenverarbeitung erfolgt auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1a), b) und f) DSGVO. Die Datenschutzerklärung der Praxis ist unter <https://www.tierarztpraxis-hohne.de/j/privacy> einsehbar, kann mir auf Verlangen von der Praxis aber auch als Ausdruck zur Verfügung gestellt werden.

Weiterhin erteile ich hiermit meine Einwilligung dahingehend,

- dass die erhobenen Daten – soweit erforderlich und notwendig – im Rahmen tierärztlicher Überweisungen an andere Tierarztpraxen bzw. -kliniken übermittelt werden dürfen
- dass die erhobenen Daten – soweit erforderlich und notwendig – im Rahmen weiterführender Diagnostik an Untersuchungslabore und -institute übermittelt werden dürfen
- dass die erhobenen Daten, wenn das Tier versichert ist, an die entsprechende Krankenkasse übermittelt werden dürfen
- dass die erhobenen Daten auch an eine externe Verrechnungsstelle weitergegeben werden dürfen
- dass die Praxis mich telefonisch, per unverschlüsselter E-Mail und/oder Post über tierärztliche Behandlungs- und Laborergebnisse und die weitere Terminplanung der tierärztlichen Behandlung (inkl. Impferinnerungen) informiert und mich entsprechend kontaktiert
- dass die Praxis mich telefonisch, per unverschlüsselter E-Mail und/oder per Post aktuell und gezielt über ihre Dienstleistungen, Projekte, Kundenbindungsmaßnahmen etc. informiert und mich entsprechend kontaktiert.

**X** Hier unterschreiben

Ort, Datum

Unterschrift Tierhalter:in (bei Minderjährigen durch Erziehungsberechtigte)

## Widerrufsbelehrung

Ihre Einwilligung können Sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Datenverarbeitung und gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben vom Widerruf unberührt. Sofern ihre Daten bei uns gem. Art. 6 Abs. 1 S. 1 f) DSGVO verarbeitet werden, können Sie gem. Art. 21 DSGVO Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen. Der Widerspruch bzw. Widerspruch ist mündlich, telefonisch, schriftlich oder per E-Mail an uns zu richten, also an die Tierarztpraxis Hohne, Dr. Susanne Lier und Dr. Stefanie Huthmann GbR, Am Knickbusch 15a, 29362 Hohne; Tel. 05083-1331; [info@tierarztpraxis-hohne.de](mailto:info@tierarztpraxis-hohne.de)

|             |  |          |  |
|-------------|--|----------|--|
| Bearbeitung | Sa/Ti, Roxana und Isabel - 16.02.2024 13:59:56 | Freigabe | SH/LH, Stefanie und Lina - 16.02.2024 15:28:45 |
| Pfad:       | Dokumente/04_Empfang/04.01_Anmeldung/          |          | Seite 2 von 2                                  |