

ANMELDUNG

Bitte Rückseite beachten!



TIERARZTPRAXIS am Roseneck
menschlich. tierisch. gut.

VERTRAGSPARTNER:IN

Anrede Frau Herr Neutral

Nachname _____ Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____
Festnetz Mobil

E-Mail _____ Geburtsdatum _____

Halter:in des Tieres ist _____
Nicht erforderlich, falls Sie selbst Halter:in sind Gewerbliche:r Tierhalter:in: Ja Nein

ANGABEN ZUM TIER

Name des Tieres _____ Geburtsdatum _____
Wenn nicht bekannt, ungefähres Alter

Tierart _____ Rasse _____

Chipnummer _____

Geschlecht Weiblich Männlich Kastriert Ja Nein

Gewicht _____ Farbe _____

Tier dient der Lebensmittelgewinnung Ja Nein

Tier eines landwirtschaftlichen Betriebs Ja Nein

Tier mit hoheitlichen Aufgaben z.B. Polizei, Zoll, Försterei Ja Nein

Tier ist krankenversichert.. _____
Bei „Ja“ bitte oberhalb angeben: Versicherer und Versicherungsnummer Ja Nein

..... OP-Versicherung Krankenversicherung

KRANKENGESCHICHTE

Freigang Nur bei **Katzen** auszufüllen Ja Nein

Gruppenhaltung Nur bei **mehreren Katzen** auszufüllen Ja Nein

Bekannte Vorerkrankung bzw. Dauermedikation **Weitere Informationen** in der Behandlung Ja Nein

Tier ist geimpft..... _____
Wann (ungefähres Datum) und wogegen wurde zuletzt geimpft? Ja Nein

Tier war im Ausland/kommt aus dem Ausland
Bei „Ja“ bitte das Land angeben Ja Nein

ÜBERWEISENDE PRAXIS Wünschen Sie eine **Rücküberweisung**? Ja Nein

Praxis _____

Ort _____

WELCHEN WEITEREN PERSONEN DÜRFEN WIR AUSKUNFT ERTEILEN?

Nachname _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Nachname _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Nachname _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

TIERÄRZTLICHER BEHANDLUNGSVERTRAG

ALLGEMEINES

1. Hiermit beauftrage ich die Tierarzt Plus Ostwestfalen-Lippe GmbH (Tierarztpraxis am Roseneck) mit der Erbringung tierärztlicher Leistungen für das angegebene Tier.
2. Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistungen der Tierarzt Plus Ostwestfalen-Lippe GmbH (Tierarztpraxis am Roseneck) zu schließen. Sofern ich nicht der 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 der Behandlung aufkommen werde.
3. Auch bei krankenversicherten Tieren erfolgt die Bezahlung in unserer Praxis direkt und persönlich durch Sie. Jede Bezahlung hat – unabhängig vom Behandlungserfolg – im Anschluss an die Behandlung oder bei Operationen bei Abholung des Tieres zu erfolgen. Bei Vorstellung des Tieres im Notdienst fällt ein Zuschlag nach der GOT §4 an. Die Bezahlung kann nur per EC-/Kreditkarte oder bar erfolgen.
4. Soweit es für eine tierärztliche Diagnose erforderlich ist, ermächtigen und bevollmächtigen Sie uns, Leistungen Dritter (wie Labor- oder Spezialuntersuchungen) in Ihrem Namen und auf Ihre Rechnung in Anspruch zu nehmen und für Sie auszulegen.
5. Ist eine Bestimmung dieses Vertrags 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 Gewollten am nächsten kommt. Gleiches gilt im Falle einer Vertragslücke.

SONSTIGE INFORMATIONEN ZU UNSERER PRAXIS

1. Vollständige Kontaktinformationen: Tierarztpraxis am Roseneck · Herforder Str. 6 · 32602 Vlotho 05733 80 40 2 · info@tierarztpraxis-vlotho.de · www.tierarztpraxis-vlotho.de
2. Zuständige Aufsichtsbehörde: Tierärztekammer Westfalen-Lippe · Goebenstr. 50 · 48151 Münster 0251 53 59 40 · info@tieraerztekammer-wl.de
3. Berufshaftpflicht: SV SparkassenVersicherung Holding AG · Telefon: 0711 89 81 00
4. Für unsere Praxis und diesen Vertrag gelten folgende berufsrechtliche Regelungen:
 - Bundestierärzteordnung: www.gesetze-im-internet.de/bt_o/BJNR004160965.html
 - Gebührenordnung für Tierärzte GOT: www.bundestieraerztekammer.de/tieraerzte/beruf/got/
 - Berufsordnung der Tierärztekammer Westfalen-Lippe und Heilberufsgesetz NRW (HeilBerG): www.tieraerztekammer-wl.de/fuer-tieraerzte/rechtsgrundlagen/

Nachname _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____
In Druckbuchstaben In Druckbuchstaben

Bitte hier unterschreiben: _____
Ort, Datum Unterschrift Vertragspartner (Auftraggeber)
(Bei Minderjährigen durch Erziehungsberechtigte)

INFORMATIONEN ZUR VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN

Im Rahmen der Kundenbeziehung zwischen uns und Ihnen erhebt und verarbeitet die Tierarzt Plus Ostwestfalen-Lippe GmbH die personenbezogenen Daten, die Sie uns bei der Anmeldung zur Verfügung gestellt haben oder die wir im weiteren Verlauf der Kundenbeziehung von Ihnen erhalten. Nähere Informationen zu Art, Umfang, Zweck und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung, Ihren diesbezüglichen Rechten, die Kontaktdaten unseres Datenschutzbeauftragten sowie zahlreiche weitere Informationen können Sie unserer Datenschutzerklärung entnehmen, die in ihrer jeweils aktuellen Fassung online unter www.tierarztpraxis-vlotho.de/dsi/ bereit steht. Gerne stellen wir Ihnen die Datenschutzerklärung auf Ihren Wunsch hin auch als Ausdruck zur Verfügung.