



TIERARZTPRAXIS am Roseneck

menschlich. tierisch. gut.

Kunden -Name _____ Vorname _____

Straße / Nr. _____ Telefon _____

PLZ _____ Wohnort _____ E-Mail: _____

Tierart _____ Rasse _____

Rufname _____ Geb.-Datum _____

Geschlecht ____ männl. ____ weibl. ____ kastriert _____

Farbe _____ Identifizierung(Chip-/Tätow.-Nr.) _____

Krankenversicherung: _____ Versichertennummer: _____

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistungen der Tierarztpraxis am Roseneck 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 gebe 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 bezahle meine Rechnung sofort am Behandlungs-/ Operationstag Bar oder mittels EC-Karte.

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

Sämtliche für unsere Praxis tätigen Personen sind mit den Datenschutz- und Geheimhaltungsvorschriften vertraut und entsprechend eingearbeitet.

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.

Diese umfasst das Zustandekommen des Patientenverhältnisses und sämtliche Informationen, die der Patientenbesitzer uns im Rahmen des Patientenverhältnisses in Bezug auf sich selbst und/oder sein Tier bzw. dessen Einsatz, Beschaffenheit, Vorerkrankungen oder tierärztliche Vorbehandlungen mitteilt.

Obwohl durch eine reine Anfrage noch kein Mandatsverhältnis zustande kommt, werden wir Informationen, die sich aus solchen Anfragen ergeben, ebenfalls vertraulich behandeln.

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.

Selbstverständlich geben wir ohne entsprechende Vollmacht keine Daten an Dritte weiter. Eine Ausnahme hiervon stellen Überweisungen zwischen tierärztlichen Kollegen dar, da wir uns mit den Kollegen telefonisch wie auch schriftlich über unsere Untersuchungen und Behandlungen austauschen, um die optimale Versorgung Ihres Tieres weiterhin durch möglichst vollständiges Wissen um dessen Krankheitsgeschichte zu gewährleisten.

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 von den Vertragsparteien Gewolltem am nächsten kommt. Gleiches gilt im Falle einer Vertragslücke.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und akzeptiere die Zahlungsbedingungen.

Vlotho, den _____ Unterschrift _____