

# Anmeldeformular

Sehr geehrte Patientenbesitzer,  
herzlich willkommen in der AniCura Flensburg GmbH. Um Sie und Ihr Tier näher kennenzulernen, möchten wir Ihnen vorab einige Fragen stellen. Bitte füllen Sie dazu diesen Fragebogen aus. Falls Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Sorgfalt und Transparenz ist die Grundlage für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit Ihnen. Daher informieren wir Sie auf Seite 2 darüber, wie wir Ihre Daten verarbeiten und wie Sie Ihre Rechte wahrnehmen können, die Ihnen nach der Datenschutz-Grundverordnung zustehen. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.



## Bitte füllen Sie das Formular in Druckbuchstaben aus.

GRUND DES KLINIK-/PRAXISBESUCHES \_\_\_\_\_

### TIERHALTERANGABEN

Nachname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße/Nr. \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
(wird ausschließlich zur Rechnungsstellung benötigt)

Telefon \_\_\_\_\_

Handy\* \_\_\_\_\_

\*Wir weisen darauf hin, dass wir Sie gerne über anstehende Termine oder Impfungen auch telefonisch/via SMS informieren möchten. Sollten Sie dies nicht wünschen, weisen Sie uns gerne darauf hin.

E-Mail\*\* \_\_\_\_\_

### ANGABEN ZUM HAUSTIERARZT

Name \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Bericht an den Haustierarzt\*\*\*  ja  nein

### PATIENTENANGABEN

Name \_\_\_\_\_

Tierart  Hund  Katze

Sonstiges \_\_\_\_\_

Rasse \_\_\_\_\_  Mischling

Farbe \_\_\_\_\_

Geschlecht  weiblich  männlich

kastriert

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_

Tattoo-Nr. \_\_\_\_\_

Chip-Nr. \_\_\_\_\_

Auslandsaufenthalt  ja, wo \_\_\_\_\_

nein

Versicherung  Vollversicherung  OP-Versicherung

Haftpflicht

Ich bin gewerbsmäßiger Tierhalter  ja  nein

Mein Tier dient zur Lebensmittelgewinnung  ja  nein

Mein Tier gehört zu einem landwirt. Bestand  ja  nein

Das Tier wird zur Erfüllung hoheitlicher  ja  nein

Aufgaben gehalten (z.B. Polizeidienst)

**Bitte unterschreiben Sie das Dokument auf nachfolgender Seite!**

\*\* Wir weisen Sie darauf hin, dass wir und die AniCura die von Ihnen angegebene E-Mail-Adresse verwenden, um Sie nach der durchgeführten Behandlung des Tieres zu Ihrer Zufriedenheit zu befragen und Ihnen weitere Informationen und Angebote von AniCura und damit verbundenen Unternehmen zukommen zu lassen. Sollten Sie keine weitere Zusendung per E-Mail wünschen, können Sie der werblichen Verwendung Ihrer E-Mail-Adresse jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widersprechen und zwar durch Mitteilung an [datenschutz.flensburg@anicura.de](mailto:datenschutz.flensburg@anicura.de) oder einen Klick auf den Abmeldelink am Ende jeder E-Mail. Die Übermittlung von Befunddaten ist davon nicht betroffen.

\*\*\* Ich bin damit einverstanden, dass mein Haustierarzt über meinen Besuch und die durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen informiert wird, damit die künftige Versorgung meines Tieres weiterhin durch möglichst vollständiges Wissen um dessen Krankheitsgeschichte gewährleistet bleibt. Meine Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen, durch Mitteilung an: [datenschutz.flensburg@anicura.de](mailto:datenschutz.flensburg@anicura.de)

AniCura Flensburg GmbH

Lilienthalstraße 19 | 24941 Flensburg | Telefon +49 461 228 22 | Fax +49 461 180 729 | [www.anicura.de/flensburg](http://www.anicura.de/flensburg) | E-Mail: [flensburg@anicura.de](mailto:flensburg@anicura.de)

**Ich versichere**, dass ich Halter des Tieres und berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistungen der AniCura Flensburg GmbH zu schließen. Sofern 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 aufkommen werde.

- Ich bestätige die Richtigkeit meiner umseitig aufgeführten Personalien und gebe den Auftrag zur Untersuchung bzw. Behandlung und – falls erforderlich – zur Operation meines Tieres.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass an vor- oder nachbehandelnde Tierärzte Befunddaten weitergegeben werden. Falls ich dies nicht wünsche, komme ich auf Sie zu.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass bei Vorstellung im Notdienst alle Leistungen im Rahmen der Gebührenordnung für Tierärzte einen Zuschlag erfahren, und erkläre mich damit einverstanden.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass ich mir jederzeit eine Kostenschätzung geben lassen kann. Sollte ich eine solche benötigen, oder Fragen zu Kosten haben, komme ich von mir aus auf Sie zu.

**Ich wurde auf das Bestehen der AGB und deren Inhalt hingewiesen. Den Text der vor Ort ausgelegten AGB habe ich zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der Einbeziehung der AGB in das Behandlungsverhältnis einverstanden.**

#### Allgemeine Datenschutzhinweise:

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist die AniCura Flensburg GmbH, vertreten durch Dr. med. vet. Ulrich Wölk. Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter: Datenschutzbeauftragter | AniCura Flensburg GmbH | Lilienthalstraße 19 | 24941 Flensburg | Telefon +49 461 228 22 | Telefax +49 461 180 729 | [www.anicura.de/flensburg](http://www.anicura.de/flensburg) | E-Mail: [datenschutz.flensburg@anicura.de](mailto:datenschutz.flensburg@anicura.de)

Wir verwenden die von Ihnen mit diesem Formular erhobenen personenbezogenen Daten zur Durchführung des Dienstleistungsvertrags. Eine Verarbeitung zu anderen Zwecken erfolgt nur aufgrund einer entsprechenden Rechtsgrundlage.

Wenn Sie von einer anderen Tierarztpraxis/Tierklinik an uns überwiesen werden, erhalten wir von der überweisenden Tierarztpraxis/Tierklinik vorab folgende personenbezogenen Daten: Name, Adresse, Telefonnummer.

Nähere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten, zu den Datenempfängern und zu Ihren damit verbundenen Rechten finden Sie in den ausgelegten Datenschutzzinformationen und auf unserer Webseite unter <https://www.anicura.de/flensburg/datenschutz/>. Auf Nachfrage stellen wir Ihnen die Datenschutzzinformationen auch in gedruckter Form zur Verfügung.

AniCura ist Teil der MARS Unternehmensgruppe. Detaillierte Information über die Gruppe und deren Datenverarbeitungen finden Sie unter <https://www.mars.com/privacy-policy-germany>.

#### Unsere Tierärzte, sowie sämtliche Mitarbeiter sind aufgrund:

- § 203 Strafgesetzbuch (StGB, Verletzung von Privatgeheimnissen)
- § 17 Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb (UWG, Verrat von Geschäfts- und Betriebsgeheimnissen)
- Besonderen, intern geregelten Geheimhaltungsvorschriften unserer Klinik zu Berufsverschwiegenheit verpflichtet.

**Gemäß der Verordnung über Informationspflichten für Dienstleistungserbringer vom 17.5.2010 möchten wir Ihnen hiermit die folgenden Informationen zugänglich machen:**

Geschäftsführung: Dr. med. vet. Ulrich Wölk

Registereintrag: Amtsgericht Flensburg | HRB15693

Zuständige Behörden: Tierärztekammer Schleswig Holstein | [www.sh.tieraerztekammer.de](http://www.sh.tieraerztekammer.de)

Umsatzsteuerident-Nr.: DE335459842 | Gesetzliche Berufsbezeichnung: Tierarzt, verliehen in Deutschland

Berufshaftpflichtversicherung: Continentale Versicherung AG | Ruhrallee 92 | 44139 Dortmund

#### Informationen nach § 3 der Dienstleistungs-Informationspflichten-Verordnung

Berufsrechtliche Regelungen: Es gilt die Berufsordnung der Tierärztekammer Schleswig Holsteineinsehbar auf [www.sh.tieraerztekammer.de](http://www.sh.tieraerztekammer.de), sowie die Gebührenordnung für Tierärzte (GOT), einsehbar auf [www.tieraerzteverband.de](http://www.tieraerzteverband.de)  
Schlichtungsstelle: Bei der Tierärztekammer Schleswig Holstein gibt es eine Schlichtungsstelle für Streitigkeiten zwischen Tierhalter und Tierarzt.

**Die Vergütung tierärztlicher Leistungen richtet sich nach der Gebührenordnung für Tierärzte (GOT).**

#### Informationen zur Bezahlung:

Bei Rechnungs- oder Ratenzahlung erfolgt die Abrechnung über die tierärztliche Verrechnungsstelle BFS, welche von der AniCura Flensburg GmbH mit den Inkassonahmen beauftragt wird. An der Anmeldung ist ein Informationsblatt mit den Rahmenbedingungen zu den Bezahlungsoptionen der AniCura Flensburg GmbH erhältlich.

**Für sämtliche Auseinandersetzungen erkennen Sie Flensburg als Gerichtsstand an.**

Mit Ihrer Unterschrift unter diesem Anmeldeformular bevollmächtigen Sie uns ausdrücklich zu dieser Vorgehensweise.

Ich möchte die Behandlung  in Bar oder  mit EC-Karte bezahlen.

Flensburg, den \_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen ist die Unterschrift eines gesetzlichen Vertreters notwendig)