

Anmeldeformular

Sehr geehrte Patientenbesitzer, herzlich willkommen in der AniCura Kassel 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 und unserer Datenschutzerklärung [<https://www.mars.com/privacy>] 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 KLINIKBESUCHES _____

TIERHALTERANGABEN

Nachname _____

Vorname _____

Straße/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Geburtsdatum _____

(wird ausschließlich zur Rechnungsstellung benötigt)

Telefon _____

Handy* _____

* Wenn Sie Ihre Handynummer angeben, können wir Sie per Telefon/SMS über anstehende Termine oder Impfungen informieren. Wenn Sie diese Informationen nicht erhalten möchten, kontaktieren Sie uns bitte unter datenschutz.kassel@anicura.de.

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 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.kassel@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.kassel@anicura.de

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistungen der AniCura Kassel GmbH - Tierärztliche Klinik für Tiere 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 bestätige, dass mein Tier nicht der Lebensmittelgewinnung dient. Falls dies doch der Fall ist, informiere ich die AniCura Kassel GmbH - Tierärztliche Klinik für Tiere darüber.

Allgemeine Datenschutzhinweise:

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist die AniCura Kassel GmbH - Tierärztliche Klinik für Tiere, vertreten durch Dr. Barbara Arnholz. Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter: Datenschutzbeauftragter | AniCura Kassel GmbH - Tierärztliche Klinik für Tiere | Umbachsweg 8 | 34123 Kassel | Telefon +49 561 528 152 | www.anicura.de/kassel | E-Mail: datenschutz.kassel@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.

AniCura ist Teil der Mars Veterinary Health Unternehmensgruppe. In der Datenschutzerklärung von Mars [<https://www.mars.com/privacy>] können Sie sich darüber informieren, wie AniCura und unser Eigentümer Mars Petcare [<https://deu.mars.com/made-by-mars/petcare>] Ihre Daten erheben und verarbeiten, wie Sie uns bei Fragen zum Datenschutz kontaktieren können und wie Sie Ihre Rechte in Bezug auf personenbezogene Daten wahrnehmen können.

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.

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. Barbara Arnholz

Registereintrag: Amtsgericht Kassel | HRB 17298

Zuständige Behörden: Landestierärztekammer Hessen | www.ltk-hessen.de

Umsatzsteuerident-Nr.: DE313233362

Gesetzliche Berufsbezeichnung: Tierarzt, verliehen in Deutschland

Berufshaftpflichtversicherung: Alte Leipziger Versicherung AG | Postfach 1660 | 61406 Oberursel

Informationen nach § 3 der Dienstleistungs-Informationspflichten-Verordnung

Berufsrechtliche Regelungen: Es gilt die Berufsordnung der Landestierärztekammer Hessen, einsehbar auf www.ltk-hessen.de, sowie die Gebührenordnung für Tierärzte (GOT), einsehbar auf www.tieraerzterverband.de

Schlichtungsstelle: Bei der Landestierärztekammer Hessen gibt es eine Schlichtungsstelle für Streitigkeiten zwischen Tierhalter und Tierarzt.

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

Für sämtliche Auseinandersetzungen erkennen Sie Kassel als Gerichtsstand an.

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

Ich möchte die Behandlung mit Barzahlung mit EC-Karte bezahlen.

Kassel, den _____

Datum

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

Bekommt Ihr Tier aktuell Medikamente? ja nein

Welche? _____

Hat Ihr Tier eine Medikamentenunverträglichkeit? ja nein

Welche? _____

Hat Ihr Tier schwere Erkrankungen? ja nein

Welche? _____

Ist Ihr Tier bereits einmal operiert worden? ja nein

Welche? _____

Ist Ihnen aggressives Verhalten Ihres Tieres unter Stress (z. B. beim Tierarztbesuch) bekannt? ja nein

Welches? _____
