

ANMELDEFORMULAR

Bitte Vorder- und Rückseite gut leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen

AniCura
TIERKLINIK HAAR



TIER KRANKENVERSICHERUNG

Ich habe eine Krankenversicherung für das unten genannte Tier Ja Nein

Versicherungs-Nr. _____

Versicherung _____

TIERBESITZER/ÜBERBRINGER

Herr Frau Firma

Vorname _____

Name _____

Straße/Nr. _____

PLZ/Wohnort _____

(Mobil) Telefon* _____

E-Mail** _____

Geburtsdatum _____

TIER

Hund Katze Heimtier Sonstiges

Tiername _____

Rasse _____

Geschlecht weiblich kastriert männlich kastriert

Geburtsdatum _____ Gewicht _____

Microchip-Nr. _____

EU-Heimtierausweis-Nr. _____

HAUSTIERARZT

Name _____

Ort _____

ÜBERWEISENDER TIERARZT

Name _____

Ort _____

Befundbericht oder Rücküberweisung*** erwünscht Ja Nein

* Möchten Sie unseren Erinnerungsservice (z.B. Terminerinnerung) per SMS nutzen? Ja Nein

** Rechnungen, Untersuchungsergebnisse und Befundmitteilungen versenden wir grundsätzlich per E-Mail. Hierfür bitten wir Sie um Ihre E-Mail-Adresse und Ihr Einverständnis. Wir weisen Sie darauf hin, dass wir die von Ihnen angegebene E-Mail-Adresse verwenden, um Sie nach der durchgeführten Behandlung Ihres Tieres zu Ihrer Zufriedenheit zu befragen bzw. Ihre E-Mail-Adresse oder Telefonnummer für unseren Erinnerungsservice (Terminerinnerung) zu nutzen. Sollten Sie keine weitere Zusendung per E-Mail wünschen bzw. den Erinnerungsservice nicht nutzen wollen, können Sie der werblichen Verwendung Ihrer E-Mail-Adresse und Telefonnummer jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widersprechen. Bitte richten Sie den Widerspruch, ohne dass Ihnen hierfür andere als die Übermittlungskosten nach den Basistarifen entstehen, durch Mitteilung an haar.datenschutz@anicura.de oder an **AniCura Tierklinik Haar GmbH, Keferloher Str. 25, 85540 Haar**.

*** Ich bin damit einverstanden, dass eine Rücküberweisung an die überweisende Praxis/Klinik stattfindet und dabei zu Identifikationszwecken mein Name, sowie Informationen über die durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen an die überweisende Praxis/Klinik übermittelt werden, 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 durch Mitteilung an haar.datenschutz@anicura.de widerrufen.

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistungen der **AniCura Tierklinik Haar 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 der Behandlung aufkommen werde.

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

- Ich bestätige die Richtigkeit meiner umseitig aufgeführten Personalien und gebe den Auftrag zur Untersuchung bzw. Behandlung und – falls erforderlich – zur Operation meines Tieres.
- Ich genehmige, 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 den Kosten haben komme ich meinerseits auf Sie zu.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass auch bei Vorliegen einer Tierkrankenversicherung keine direkte Abrechnung der Tierklinik mit der Versicherung erfolgt. Ich wurde darauf hingewiesen, dass, je nach Versicherungsvertrag, Tierkrankenversicherungen Leistungen nach GOT teilweise nicht oder nur eingeschränkt übernehmen.
- Ich versichere, dass ich nicht zahlungsunfähig bin und dass ich mich weder in einem Verbraucherinsolvenz- noch in einem Konkursverfahren befinde.
- Ich bestätige, dass mein Tier nicht der Lebensmittelgewinnung dient. Falls dies doch der Fall ist, informiere ich die **AniCura Tierklinik Haar GmbH** darüber.

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 Tierklinik Haar GmbH**, vertreten durch Dr. Konrad Jurina. Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter: **AniCura Tierklinik Haar GmbH, Keferloher Straße 25, D-85540 Haar, E-Mail: haar.datenschutz@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.

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

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 Datenschutzzinformatoren und auf unserer Webseite <https://www.anicura.de/haar/datenschutz>. Auf Nachfrage stellen wir Ihnen die Datenschutzzinformatoren auch in ausgedruckter Form zur Verfügung.

Unsere Tierärzte sowie sämtliche Mitarbeiter sind aufgrund:

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

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

- Geschäftsführung: Dr. Konrad Jurina, Keferloher Straße 25, D - 85540 Haar
- Umsatzsteueridentifikationsnummer gemäß §27a Umsatzsteuergesetz: DE311270441
- Gesetzliche Berufsbezeichnung: Tierarzt (verliehen in der Bundesrepublik Deutschland)
- Berufshaftpflichtversicherung: Versicherungskammer Bayern, Maximilianstr. 53, 80530 München

Informationen nach § 3 der Dienstleistung-Informationspflichten-Verordnung / Berufsrechtliche Regelungen:

- Bundes-Tierärztleordnung
- Berufsordnung für die Tierärzte in Bayern

Alle Gesetze und Satzungen sind unter <https://www.bltk.de> einsehbar.

Schlichtungsstelle für Streitigkeiten zwischen Tierhalter und Tierarzt ist der **Tierärztliche Bezirksverband Oberbayern, Implerstraße 55, 81371 München, <https://www.tbv-obb.de>**.

Für sämtliche Auseinandersetzungen erkenne ich München als Gerichtsstand an.

Mit meiner Unterschrift unter diesem Anmeldeformular bevollmächtige ich Sie ausdrücklich zu dieser Vorgehensweise.

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass Bildaufnahmen, die in der **AniCura Tierklinik Haar GmbH** angefertigt wurden und auf denen mein Tier zu sehen ist, von der Tierklinik unentgeltlich und unwiderruflich, räumlich und zeitlich unbeschränkt, für alle in Betracht kommenden Nutzungszwecke verwendet werden dürfen. Die Nutzung schließt die Veröffentlichung auf der Homepage, in den sozialen Medien sowie Print-Veröffentlichung und weitere Nutzung zu Marketingzwecken der **AniCura Tierklinik Haar GmbH** ein. Die **AniCura Tierklinik Haar GmbH** verpflichtet sich, die Fotoaufnahmen ohne personenbezogene Daten zu veröffentlichen.

Ja Nein

Ich werde die Behandlungskosten unmittelbar nach der Behandlung bezahlen.

Zahlungsweise: Bar ec-Karte Kreditkarte BFS*

Haar, den _____

(Datum)

Unterschrift _____

(Bei Minderjährigen ist die Unterschrift eines gesetzlichen Vertreters notwendig)

* Wenn Sie Ratenzahlung wünschen, erfolgt die Abrechnung über die **BFS health finance GmbH**, welche von der **AniCura Tierklinik Haar GmbH** mit den Inkassonahmen beauftragt wird. Ein Informationsblatt mit den Rahmenbedingungen zu den Bezahlungsoptionen der **BFS health finance GmbH** erhalten Sie an der Anmeldung.

von der Klinik auszufüllen

Tier-Nummer	angenommen von	GESCANNT	von
-------------	----------------	-----------------	-----