

# Patientenaufnahmeschein/ Behandlungsvertrag

Aufgrund gesetzlicher Verpflichtungen müssen wir für die korrekte Erfassung und sicheren Verarbeitung Ihrer personen- und tierbezogenen Daten die nachfolgend aufgeführten Informationen erfassen. Vielen Dank für Ihre vollständigen Angaben. Wenden Sie sich für Fragen oder Ausfüllhilfe gern an uns.

## Angaben zum Auftraggeber

|                    |  |  |
|--------------------|--|--|
| Name               |  |  |
| Vorname            | Geburtsdatum (Zur Identifikation erforderlich) |  |
| Straße/Hausnr.     |  |  |
| PLZ                | Wohnort  |  |
| Telefon privat     |  |  |
| Telefon dienstlich | Mobiltelefon                                   |  |
| E-Mail             |  |  |

## Angaben zum Patienten

|   |              |  |
|---|--------------|--|
| Name des Tieres   |              |  |
| Tierart/Rasse   | Geburtsdatum |  |
| Identifizierung/Tätowierungsnummer  |              |  |
| Farbe   | Gewicht      |  |
| Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w   |              |  |
| kastriert / sterilisiert: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   |              |  |
| Bei Katzen: Freigänger? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   |              |  |
| Dient das Tier einem wirtschaftlichen Nutzen oder zur Lebensmittelgewinnung?  |              |  |
| <input type="checkbox"/> ja; Nutzung als <input type="text"/> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß ich nicht |              |  |
| Tierkranken- oder OP-Versicherung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   |              |  |

## Haustierarzt

|           |  |
|-----------|--|
| Name      |  |
| Anschrift |  |

## Überweisender Tierarzt

|           |  |
|-----------|--|
| Name      |  |
| Anschrift |  |

## Welchen weiteren Personen dürfen wir Auskunft erteilen?

(ohne Angaben zu dieser Frage können wir nur Ihnen Auskünfte erteilen)

Wen sollen wir über unsere Behandlung informieren?

Haustierarzt  Überweisender Tierarzt  Bitte keine Information weitergeben!

Ehegatte/Lebenspartner

Sonstige

|  |  |
|--|--|
| Name   |  |
| Geb.-Datum (für Identifikation erforderlich) |  |
| Name   |  |
| Geb.-Datum (für Identifikation erforderlich) |  |

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
| Datum                |

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
| Unterschrift         |

## Erklärungen des / der Auftraggebers / -in

Hiermit beauftrage ich die Tierklinik Ahlen mit der Erbringung tierärztlicher Leistungen für das oben angegebene Tier.

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

## Zahlungsmodalitäten

Wir berechnen unsere Leistungen auf Grundlage der **Gebührenordnung für Tierärzte (GOT)** und unsere Medikamente auf Grundlage der **Arzneimittel-Preisverordnung (AmPreisV)**. Ausserhalb der Kernsprechzeiten im Wochenend-, Feiertags- und Notdienst werden unsere Leistungen mit einem erhöhten Gebührensatz abgerechnet.

### Pflichtangaben für Tierärzte:

#### Zuständige Kammer und Schlichtungsstelle:

Tierärztekammer  
Westfalen-Lippe,  
Goebenstraße 50  
48151 Münster  
Tel. +49 (0) 251 535 94 -0  
Fax +49 (0) 251 535 94 -24  
info@tieraerztekammer-wl.de  
www.tieraerztekammer-wl.de

Die Berufsordnung sowie andere berufsrechtliche Regelungen sind auf der Homepage der Tierärztekammer einsehbar.

#### Berufshaftpflichtversicherung:

Continentrale Sachvers. AG  
Ruhrallee 92  
44139 Dortmund  
Tel. +49 (0) 231 919 -0  
Fax +49 (0) 231 919 -2059  
Geltungsbereich: Europa

#### Berufsbezeichnung:

· Tierarzt verliehen in Deutschland  
· Fachtierarzt für Kleintiere,  
verliehen von der Tierärztekammer Nordrhein



**Grundlegend** ist die aus der Erbringung tierärztlicher Leistungen, ggf. der Unterbringung und Betreuung Ihres Tieres sowie der Verbrauchsgüter, der Medikamentenanwendung oder -abgabe, Futter-, Futterzusatzmittel- oder Zubehörabgabe entstehende Forderung in **bar, per EC-Karte oder per Kreditkarte** zu begleichen.

Der Rechnungsbetrag ist, unabhängig von dem Behandlungserfolg, spätestens nach Erbringung unserer Dienstleistung fällig. **Wir bitten um Begleichung des Rechnungsbetrages im Anschluss an jede Behandlung bzw. bei Abholung des Tieres.**

## Ich möchte den entstehenden Rechnungsbetrag folgendermaßen zahlen

(bitte ankreuzen):

bar  EC-Karte  Kreditkarte



Datum



Unterschrift

## Allgemeine Datenschutzhinweise (siehe auch unser Merkblatt zum Datenschutz)

Unsere tierärztlichen wie auch die nicht-tierärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind aufgrund der EU-Datenschutz-Grundverordnung, § 203 Strafgesetzbuch (StGB), § 17 Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb (UWG), der Besonderen Geheimhaltungsvorschriften unserer Klinik zur Berufsverschwiegenheit verpflichtet.

Zur Verschwiegenheit zählen der Umstand des Zustandekommens des Patientenverhältnisses und sämtliche Informationen, die Sie als Patientenhalter im Rahmen des Patientenverhältnisses in Bezug auf sich selbst oder Ihr Tier bzw. dessen Einsatz, Beschaffenheit, Vorerkrankungen oder tierärztliche Vorbehandlungen mitteilen.

Dabei ist zu beachten, dass ein Mandatsverhältnis nicht bereits mit einer Anfrage zustande kommt. Dennoch werden wir Informationen, die sich aus solchen Anfragen ergeben, ebenfalls vertraulich behandeln. Sämtliche für die Klinik tätigen Personen sind mit den aktuellen Datenschutz- und Geheimhaltungsvorschriften vertraut und entsprechend geschult.

## Einwilligung in die Datennutzung zu aktuellen weiteren Zwecken (bitte ankreuzen)

- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt werden dürfen.
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und genehmigt im Rahmen tierärztlicher Rücküberweisungen an andere Tierarztpraxen / tierärztliche Kliniken unverschlüsselt per E-Mail, Schnittstelle oder Fax übermittelt werden dürfen.
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit zur Diagnosefindung erforderlich, im Rahmen weiterführender Diagnostik an Untersuchungslabore und Institute unverschlüsselt per E-Mail, Schnittstelle oder Fax übermittelt werden dürfen.
- Ich willige ein, dass mich die Tierklinik Ahlen telefonisch oder unverschlüsselt per E-Mail, Schnittstelle oder Fax über den aktuellen tiermedizinischen Stand, Labor-Ergebnisse, Bestätigungsmail zu weiteren Absprachen und den finanziellen Stand der Rechnung informiert.
- Ich willige ein, dass mich die Tierklinik Ahlen über deren Dienstleistungen und wichtige Termine (Tag der offenen Tür, Infoabende, Halterinformationen, Newsletter) werblich telefonisch oder in Textform informiert.



Datum



Unterschrift

## Schlussbestimmungen für den Dienstleistungsvertrag

Für sämtliche Auseinandersetzungen erkenne ich Ahlen als Gerichtsstand an.

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 Gewolltem am nächsten kommt. Gleiches gilt im Falle einer Vertragslücke.

Einverständniserklärung: Ich erkläre mich als Auftraggeber mit den allgemeinen Geschäftsbedingungen der Tierklinik Ahlen einverstanden. (siehe Aushang, Kopie wird mir auf Wunsch ausgehändigt). Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Personalien sowie meiner der Tierklinik Ahlen gegenüber gemachten Angaben.



Datum



Unterschrift

## Bestätigung der Aushändigung der «Halterinformation zum Datenschutz»

Ich bestätige durch meine Unterschrift, dass ich das Merkblatt «Halterinformation zum Datenschutz» der Tierklinik Ahlen erhalten habe.



Datum



Unterschrift