

# Anmeldeformular



**AniCura**  
TIERGESUNDHEITZENTRUM  
AM BÜRGERHAUS SÜD

Sehr geehrte Patientenbesitzer,  
herzlich willkommen bei AniCura Tiergesundheitszentrum am Bürgerhaus Süd. 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 und informieren uns über jegliche Datenänderungen.

GRUND DES BESUCHES \_\_\_\_\_

## 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@anicura.de](mailto:datenschutz@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 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 Seite 3.

\*\* Wir weisen Sie darauf hin, dass wir 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@anicura.de](mailto:datenschutz@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@anicura.de](mailto:datenschutz@anicura.de).

**Ich versichere**, dass ich Halter des Tieres und berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistungen der Tiergesundheitszentrum am Bürgerhaus Süd 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 bestätige, dass mein Tier nicht der Lebensmittelgewinnung dient. Falls dies doch der Fall ist, informiere ich die AniCura Deutschland GmbH darüber.
- Ich bestätige, dass mein Tier nicht zu einem landwirtschaftlichen Bestand gehört. Falls dies doch der Fall ist, informiere ich die AniCura Deutschland 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 Deutschland GmbH, vertreten durch Daniela Cleven, Wolfgang Aldrian, Thomas Rieker, Alexander Steinmetz. Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter: AniCura Deutschland GmbH | Datenschutzbeauftragter | Marienplatz 61 | 88212 Ravensburg | [www.anicura.de](http://www.anicura.de) | E-Mail: [datenschutz@anicura.de](mailto:datenschutz@anicura.de)

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.

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.

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

- § 203 Strafgesetzbuch (StGB, Verletzung von Privatgeheimnissen)
- dem Gesetz zum Schutz von Geschäftsgeheimnissen (GeschGehG);
- von individuellen arbeits- bzw. dienstvertraglichen Regelungen; sowie
- von weiteren, intern geregelten 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: Daniela Cleven, Wolfgang Aldrian, Thomas Rieker, Alexander Steinmetz

Registereintrag: Amtsgericht Ulm | HRB 741806

Umsatzsteuerident-Nr.: DE301164391

Zuständige Behörden: Tierärztekammer Westfalen-Lippe | [www.tieraerztekammer-wl.de](http://www.tieraerztekammer-wl.de)

Gesetzliche Berufsbezeichnung: Tierarzt, verliehen in Deutschland

Berufshaftpflichtversicherung: Generali Deutschland AG | Adneauring 7 | 81737 München

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

Berufsrechtliche Regelungen: Es gilt die Berufsordnung der Tierärztekammer Westfalen-Lippe, einsehbar auf

[www.tieraerztekammer-wl.de](http://www.tieraerztekammer-wl.de), sowie die Gebührenordnung für Tierärzte (GOT), einsehbar auf [www.tieraerzteverband.de](http://www.tieraerzteverband.de)

Schlichtungsstelle: Bei der Tierärztekammer Westfalen-Lippe gibt es eine Schlichtungsstelle für Streitigkeiten zwischen Tierhalter und Tierarzt.

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

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

Bitte senden Sie mir regelmäßige Aktualisierungen zu Ratschlägen, Produkten und Dienstleistungen von AniCura sowie von Mars Petcare und seinen Partnerunternehmen, die das Leben meines Haustieres verbessern können.

- o Ich bin über 18 Jahre und gebe meine Einwilligung.
- o Ich bin einverstanden, dass meine Daten innerhalb der Mars Petcare-Familie zu Forschungszwecken genutzt werden, um kontinuierliche Verbesserungen im Leben von Haustieren und Tierbesitzern sowie in unseren Produkten und Dienstleistungen voranzutreiben.

Mir ist bewusst, dass ich diese Einstellungen jederzeit ändern kann, indem ich meine Einwilligung über Links am Ende unserer elektronischen Nachrichten widerrufe. Informationen zur Datenerhebung und -verarbeitung durch Mars Petcare und seine Partnerunternehmen, Kontaktmöglichkeiten für Datenschutzanfragen sowie Informationen zur Ausübung Ihrer Rechte bezüglich personenbezogener Daten finden Sie in der Mars Datenschutzerklärung unter <https://www.mars.com/privacy>.

Ich verstehe, dass im Rahmen der tierärztlichen Behandlung meines Haustieres Daten über mein Haustier und seine Behandlung gesammelt werden. Ich stimme zu, dass Mars diese Informationen speichern und nutzen kann, um die fortlaufenden Bemühungen der Mars Petcare-Familie zur Verbesserung des Lebens von Haustieren und ihren Besitzern zu unterstützen und um unsere Produkte und Dienstleistungen zu verbessern.

#### Informationen zur Bezahlung:

Bei nicht beglichene Rechnungen erfolgt die Abrechnung über die TVS Münster, welche von uns mit den Inkassonahmen beauftragt wird.

Bitte haben Sie Verständnis, dass alle Behandlungen, klinische Leistungen, Medikamentenabgaben und Futtermittel grundsätzlich nicht auf offene Rechnung erfolgen können. Alle Operationen müssen sofort bei der Abholung des Patienten bezahlt werden.

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

Ich möchte die Behandlung direkt vor Ort  in BAR oder  mit EC-Karte bezahlen.

Recklinghausen, 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? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_