

ANMELDEFORMULAR

Bitte Vorder- und Rückseite gut leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen



TIERBESITZER/ÜBERBRINGER

☐ Herr ☐ Frau ☐ Firma ☐ keine Angabe

Vorname

Name

Straße/Nr.

PLZ

Wohnort

Geburtsdatum¹

(Mobil) Telefon²

E-Mail³

Welchen weiteren Personen dürfen wir Auskunft erteilen?

Vorname

Name

TIER

☐ Hund ☐ Katze ☐ Heimtier ☐ Sonstiges

Tiername

Rasse

Geschlecht ☐ weiblich ☐ kastriert

☐ männlich ☐ kastriert

Geburtsdatum

Gewicht

Microchip-Nr.

EU-Heimtierausweis-Nr.

¹ Wird ausschließlich zur Rechnungsstellung benötigt

² Möchten Sie unseren Erinnerungsservice (z.B. Terminerinnerung) per SMS nutzen? ☐ Ja ☐ Nein

³ Rechnungen, Untersuchungsergebnisse und Befundmitteilungen versenden wir grundsätzlich per E-Mail. 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 haar.datenschutz@anicura.de oder an AniCura Tierklinik Haar GmbH, Keferloher Str. 25, 85540 Haar.

TIER KRANKENVERSICHERUNG

Ich habe eine Krankenversicherung für das oben genannte Tier ☐ Ja ☐ Nein

Versicherung

Versicherungs-Nr.

Versicherungsnehmer und Adresse (falls abweichend)

HAUSTIERARZT

Name

Ort

Befundbericht an Haustierarzt ⁴ ☐ Nein

ÜBERWEISENDER TIERARZT (falls abweichend)

Name

Ort

Befundbericht an überweisenden Tierarzt ⁴ ☐ Nein

⁴ Ich bin damit einverstanden, dass eine Rücküberweisung an die von mir für die Patientensoftware der Tierklinik angegebenen Praxen/Kliniken stattfindet und dabei zu Identifikationszwecken mein Name, sowie Informationen über die durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen an die o.g. Praxen/Kliniken übermittelt werden, damit die künftige Versorgung m eines 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.

Bitte wenden und auf der Rückseite unterschreiben!

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 die **AniCura Tierklinik Haar GmbH** 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 die **AniCura Tierklinik Haar GmbH** 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 zu einem landwirtschaftlichen Bestand gehört. Falls dies doch der Fall ist, informiere ich die **AniCura Tierklinik Haar GmbH** darüber.

Ich wurde auf das Bestehen der AGB und deren Inhalte 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 und Dr. Markus Killich. 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 Datenschutzhinweisen und auf unserer Webseite <https://www.anicura.de/haar/datenschutz>. Auf Nachfrage stellen wir Ihnen die Datenschutzhinweise 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, Dr. Markus Killich, 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-Tierärzteordnung
- 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 die **AniCura Tierklinik Haar GmbH** 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

Hinweis zu digitalen Systemen und KI-Funktionen

Wir nutzen für unsere Praxisorganisation, Dokumentation, Diagnostik und Kommunikation digitale Systeme, die auch KI-gestützte Funktionen zur Analyse und Verarbeitung medizinischer Informationen einsetzen. Hierbei werden Ihre Daten ausschließlich im Rahmen unserer Behandlungs- und Praxisprozesse verarbeitet. Die Verarbeitung erfolgt nach den Vorgaben der DSGVO. Kurzfristige technische Zwischendaten werden automatisch und spätestens nach 48 Stunden gelöscht. Weitere Informationen finden Sie in unserer Datenschutzerklärung.

Ich werde die Behandlungskosten unmittelbar nach der Behandlung bezahlen.

Zahlungsweise: ☐ Bar ☐ ec-Karte ☐ Kreditkarte

Haar, den

(Datum)

Unterschrift

(Bei Minderjährigen ist die Unterschrift eines gesetzlichen Vertreters notwendig)

von der Klinik auszufüllen

Tier-Nummer	angenommen von	KONTROLLIERT	von
-------------	----------------	--------------	-----