

## ANGABEN ZUM TIER (PATIENT)

Bitte in Druckschrift ausfüllen!

|                                      |   |   |
|--------------------------------------|---|---|
| Name                                 | Tierart / Rasse   | Geburtsdatum  |
| Gewicht in kg                        | Geschlecht<br><input type="checkbox"/> männlich<br><input type="checkbox"/> weiblich<br><input type="checkbox"/> kastriert / sterilisiert | <input type="checkbox"/> Tier dient der Lebensmittelgewinnung                     |
| Krankenversicherung                  | <input type="checkbox"/> Vollversicherung   | <input type="checkbox"/> OP-Versicherung <input type="checkbox"/> keine vorhanden |
| Haustierarzt / überweisende Praxis * |   | Ort   |

## ANGABEN ZUM TIERBESITZER

|   |                  |                |
|---|------------------|----------------|
| Name  | Vorname          |                |
| Straße / Hausnummer   |                  | Geburtsdatum** |
| PLZ   | Ort              |                |
| Telefon   | Telefon Mobil*** |                |
| eMail****   |                  |                |
| <input type="checkbox"/> <b>Ich bin Eigentümer des oben genannten Tieres</b> und bestätige die Richtigkeit meiner Personalien. Ich gebe verbindlich den Auftrag zur Untersuchung mit Behandlung und – falls erforderlich – zur Operation oder zur stationären Aufnahme meines Tieres.   |                  |                |
| <input type="checkbox"/> <b>Ich bin nicht Eigentümer des Tieres, versichere jedoch im ausdrücklichen Auftrag des Eigentümers zu handeln.</b> Fehlt es an einer Bevollmächtigung oder stellt der Eigentümer eine Bevollmächtigung in Abrede, bestätige ich hiermit, dass ich für die entstehenden Kosten aus der Behandlung aufkommen werde. Ich bestätige die Richtigkeit meiner Personalien und gebe im Namen des Eigentümers verbindlich den Auftrag zur Untersuchung mit Behandlung und – falls erforderlich – zur Operation oder zur stationären Aufnahme des Tieres. |                  |                |
| <input type="checkbox"/> <b>Ich habe das oben genannte Tier gefunden</b> und zur Behandlung in die Praxis AniCura Kleintierspezialisten Kempten gebracht. Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben und bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Kontaktdaten zwecks Kontaktaufnahme an das zuständige Tierheim, die zuständige Gemeindeverwaltung und Polizeidienststelle weitergegeben werden.   |                  |                |
| Fundort:  |                  |                |

\* Wir informieren standardmäßig Ihren Haustierarzt bzw. die überweisende Praxis über Ihren Besuch und die durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen, damit die künftige Versorgung Ihres Tieres weiterhin durch möglichst vollständiges Wissen um dessen Krankheitsgeschichte gewährleistet bleibt. Wenn Sie nicht möchten, dass wir zukünftig diese Informationen an Ihren Haustierarzt oder die überweisende Praxis weitergeben, dann kontaktieren Sie uns bitte über [datenschutz.kempten@anicura.de](mailto:datenschutz.kempten@anicura.de).

\*\* Das Geburtsdatum des Tierbesitzers benötigen wir ausschließlich zur Rechnungsstellung.

\*\*\* Wenn Sie Ihre Mobilfunknummer angeben, können wir Sie per Telefon/SMS über anstehende Termine oder Impfungen informieren. Wenn Sie diese Informationen nicht mehr erhalten möchten, kontaktieren Sie uns bitte unter [datenschutz.kempten@anicura.de](mailto:datenschutz.kempten@anicura.de).

\*\*\*\* Wir verwenden die von Ihnen angegebene eMail-Adresse für die Korrespondenz mit Ihnen zu Ihrem Tier. AniCura wird Sie per eMail nach der durchgeführten Behandlung des Tieres zu Ihrer Zufriedenheit befragen. Sollten Sie keine weitere Zusendung dieser Befragung per eMail wünschen, können Sie der Verwendung Ihrer eMail-Adresse zu diesem Zweck jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widersprechen und zwar durch Mitteilung an [datenschutz.kempten@anicura.de](mailto:datenschutz.kempten@anicura.de) oder einen Klick auf den Abmeldelink am Ende jeder eMail. Email-Schriftwechsel zu Befunddaten ist hiervon dann nicht betroffen.

**Mit meiner Unterschrift bestätige die Richtigkeit meiner Angaben und bevollmächtige die Praxis ausdrücklich zu o.g. Vorgehensweise:**

|              |              |
|--------------|--------------|
| Kempten, den | Unterschrift |
|--------------|--------------|

bitte wenden →

## ALLGEMEINE DATENSCHUTZHINWEISE

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist die Kleintierspezialisten Kempten GmbH, vertreten durch Dr. Dirk Römer.  
 Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen sie unter: AniCura Kleintierspezialisten Kempten GmbH, Datenschutzbeauftragter, Bleicherstr. 1, 87437 Kempten, Tel.: +49 831-960998-0, eMail: datenschutz.kempten@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. Informationen zu unserem Eigentümer Mars Petcare finden Sie unter: <https://deu/aut/che.mars.com/made-by-mars/petcare>. 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>.

## RECHTLICHE HINWEISE

**Unsere Tierärzte, sowie sämtliche Mitarbeiter sind 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 Praxis **zur Berufsverschwiegenheit verpflichtet**.

**Gemäß der Verordnung über Informationspflichten für Dienstleistungserbringer vom 17.5.2010 informieren wir Sie:**  
 Geschäftsführung: Dr. med. vet. Dirk Römer | Kleintierspezialisten Kempten GmbH | Bleicherstraße 1 | 87437 Kempten  
[www.anicura.de/kleintierspezialisten-kempten](http://www.anicura.de/kleintierspezialisten-kempten) | eMail: [kempten@anicura.de](mailto:kempten@anicura.de)  
 Registeramt: Amtsgericht Kempten | HRB 14315 | Gerichtsstand: Kempten | Umsatzsteuerident-Nr.: DE317834893  
 Zuständige Behörde: Landestierärztekammer Bayern | Berufshaftpflichtversicherung: Versicherungskammer Bayern  
 Gesetzliche Berufsbezeichnung: Tierarzt, verliehen in Deutschland

**Informationen nach § 3 der Dienstleistungs-Informationspflichten-Verordnung:**  
 Berufsrechtliche Regelungen: Bundestierärzteordnung | Berufsordnung der Landestierärztekammer Bayern  
 Alle Gesetze und Satzungen sind unter [www.bltk.info](http://www.bltk.info) einsehbar.  
 Schlichtungsstelle: Tierärztlicher Bezirksverband Schwaben der Landestierärztekammer Bayern  
 Die Vergütung tierärztlicher Leistungen richtet sich nach der Gebührenordnung für Tierärzte (GOT).

**Informationen zur Bezahlung auf Rechnung/Ratenzahlung:**  
 Bei Rechnungs- oder Ratenzahlung behalten wir uns vor, eine SCHUFA-Auskunft einzuholen. Bei der Datenweitergabe an die Schufa stützen wir uns auf unser berechtigtes Interesse, die Vermeidung von Zahlungsausfällen. Im Falle einer Auskunft erhalten wir direkt von der Schufa Daten zur Kreditwürdigkeit und Zahlungsfähigkeit des Betroffenen. Die Abrechnung erfolgt über die tierärztliche Verrechnungsstelle BFS health finance GmbH, welche von den Kleintierspezialisten Kempten GmbH mit den Inkassonahmen beauftragt wird. Weitere Informationen über die Abrechnung über die BFS health finance GmbH erhalten Sie an unserem Empfang oder unter [www.meinebfs.de/patienten](http://www.meinebfs.de/patienten) und [www.meinebfs.de/datenschutz](http://www.meinebfs.de/datenschutz).

## ICH NEHME ZUR KENNTNIS:

- Die Vergütung tierärztlicher Leistungen ist gesetzlich geregelt und erfolgt aufgrund der Gebührenordnung für Tierärzte (GOT). Bei Vorstellung im Notdienst erfahren alle Leistungen im Rahmen der GOT einen gesetzlichen Notdienstzuschlag.
- Ich kann mir jederzeit eine aktuelle Kostenschätzung geben lassen. Sollte ich eine Kostenschätzung benötigen oder Fragen zu Kosten haben, dann komme ich von mir aus auf die Praxis zu.
- Die ausgelegten Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) habe ich zur Kenntnis genommen und bin mit der Einbeziehung der AGB in das Behandlungsverhältnis einverstanden. Bei rechtlichen Auseinandersetzungen erkenne ich den Gerichtsstand Kempten an.

**Die Bezahlung aller Leistungen und Medikamente erfolgt immer im direkten Anschluss an jede Behandlung und jeden stationären Aufenthalt – spätestens bei Abholung des Tieres.**

Meine Bezahlung erfolgt  in bar  per Kreditkarte (MasterCard oder Visa)  per EC-Karte mit PIN-Nummer  
 Nur nach ausdrücklicher vorheriger Absprache und positiver Bonitätsauskunft kann eine Bezahlung per Rechnung zzgl. Gebühren vereinbart werden. Wenn ich an einer solchen Bezahlung per Rechnung interessiert bin, dann spreche ich die Praxis vor der Behandlung auf diesen Wunsch an.

**Mit meiner Unterschrift nehme ich die o.g. Hinweise zur Kenntnis und bevollmächtige die Praxis ausdrücklich zu dieser Vorgehensweise:**

|                      |                         |
|----------------------|-------------------------|
| Name in Druckschrift | Vorname in Druckschrift |
| Kempten, den         | Unterschrift            |