

Tierarztpraxis Dr. med. vet. Janina Klaus

Anmeldeformular

Angaben zum Auftraggeber:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefonnummer: _____

Handynummer: _____

E-Mail: _____

Möchten Sie in Zukunft über ausstehende Impfungen Ihres Tieres, Neuigkeiten, sowie regelmäßige Gesundheitschecks informiert werden? Ja Nein

Angaben zum Patienten:

Name: _____

Tierart / Rasse: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: männlich weiblich kastriert:

Regelmäßige Medikamente: _____

Auslandsaufenthalte? Wenn ja, wo?: _____

Tierkrankenversicherung: _____

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistungen der Tierarztpraxis Dr. Janina Klaus zu schließen. Falls 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 aufkomme.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Personalien und gebe den Auftrag zur Untersuchung / Behandlung bzw. Operation des o. g. Tieres.

Falls es zur Diagnosefindung erforderlich ist, ermächtige ich die Praxis, Leistungen Dritter (Labors, Spezialuntersuchungsanstalten u. Ä.) in meinem Auftrag in Anspruch zu nehmen.

Achtung!

Termine außerhalb der Sprechstunde können in der Regel kurzfristig nicht neu vergeben werden. Versäumen Sie diese Termine ohne mindestens 24h (per Telefon oder E-Mail) zuvor abzusagen, so wird Ihnen eine Ausfallpauschale in Höhe von 100€ in Rechnung gestellt, es sei denn Ihr Nichterscheinen ist unverschuldet.

bitte wenden

Ich bezahle meine Rechnung sofort am Behandlungs-/ Operationstag bar oder mittels EC-Karte, falls dies nicht möglich ist, setze ich das Praxisteam unmittelbar davon in Kenntnis.

Die nachfolgenden Informationen zur elektronischen Datenverarbeitung und –speicherung habe ich gelesen und stimme der Verarbeitung meiner Daten zu.

Unsere Tierärzte wie auch unsere nicht-tierärztlichen Mitarbeiter sind aufgrund
- § 203 Strafgesetzbuch (StGB, Verletzung von Privatgeheimnissen),
- § 17 Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb (UWG, Verrat von Geschäfts- und Betriebsgeheimnissen),
- der besonderen Geheimhaltungsvorschriften unserer Praxis
zur Berufsverschwiegenheit verpflichtet.

Zur Verschwiegenheit zählen der Umstand des Zustandekommens des Patientenverhältnisses und sämtliche Informationen, die der Patientenbesitzer uns im Rahmen des Patientenverhältnisses in Bezug auf sich selbst oder sein Tier bzw. dessen Einsatz, Beschaffenheit, Vorerkrankungen oder tierärztliche Vorbehandlungen mitteilt.

Bitte beachten Sie, dass ein Mandatsverhältnis nicht schon mit einer Anfrage zustande kommt. Dennoch werden wir Informationen, die sich aus solchen Anfragen ergeben, ebenfalls vertraulich behandeln.

Sämtliche für unsere Praxis tätigen Personen sind mit den Datenschutz- und Geheimhaltungsvorschriften vertraut und entsprechend eingearbeitet.

Wir speichern die von Ihnen gemachten persönlichen Angaben, die Daten Ihres Tieres und dessen Krankheitsgeschichte, sämtliche gewonnenen Erkenntnisse aus unseren Untersuchungen inkl. Ergebnisse bildgebender Verfahren und Behandlungen wie auch sämtliche Daten der Fakturierung und des Zahlungsverkehrs.

Selbstverständlich geben wir ohne entsprechende Vollmacht keine Daten an Dritte weiter.

Eine Ausnahme hiervon stellen Überweisungen von tierärztlichen Kollegen dar, da wir die Kollegen telefonisch wie auch schriftlich über unsere Untersuchungen und Behandlungen informieren, damit die künftige Versorgung Ihres Tieres weiterhin durch möglichst vollständiges Wissen um dessen Krankheitsgeschichte gewährleistet bleibt.

Mit Ihrer Unterschrift bevollmächtigen Sie uns zu dieser Vorgehensweise.

Ist eine Bestimmung dieses Vertrages 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.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Abrechnung mit der BFS

Uns ist es wichtig, Ihr Tier optimal und umfassend zu behandeln und zu betreuen. Damit uns hierfür bei dem ständig wachsenden Verwaltungsaufwand möglichst viel Zeit zur Verfügung steht, arbeiten wir im Bereich der Abrechnung mit der BFS health finance GmbH zusammen, einem hierauf spezialisierten Tochterunternehmen des Bertelsmann Konzerns.

Im Rahmen der Zusammenarbeit mit der BFS werden gegebenenfalls Adressdaten zum Zwecke der Bonitätsprüfung an die infoscore Consumer Data GmbH oder an die SCHUFA Holding AG übermittelt. BFS gewährleistet die korrekte Bearbeitung der von uns vorgegebenen Rechnungen und steht Ihnen bei allen Fragen zu Ihrer Rechnung gerne zur Verfügung. Ferner haben sie die Möglichkeit, Ihre Wunschbehandlung über BFS per Teilzahlung zu finanzieren.

Weitergehende Informationen zum Thema Datenschutz bei BFS und zu Ihren Rechten erfahren Sie unter: <https://meinebfs.de/datenschutz/>

Ich bin damit einverstanden, dass meine Adressdaten an BFS weitergegeben werden. Vorstehende Erklärungen können mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden.

Datum: _____ Unterschrift: _____