

# Dr. Silke Knoll

Fachtierärztin für Klein- u. Heimtiere

## Kleintierpraxis am Marktkauf



Steinbeisstraße 8, 73054 Eislingen

Tel. 07161-5047-997

Fax 07161-5047-989

[praxisknoll@tierarzt-eislingen.de](mailto:praxisknoll@tierarzt-eislingen.de) [www.tierarzt-eislingen.de](http://www.tierarzt-eislingen.de)

Herzlich willkommen in unserer Kleintierpraxis,

Sie besuchen uns heute zum ersten Mal. Damit wir Sie umfassend betreuen können, bitten wir Sie um einige persönliche Angaben und Informationen zu unserem neuen Patienten. Diese Informationen werden von uns auf elektronischen Datenträgern gespeichert und unterliegen der strengen tierärztlichen Schweigepflicht.

### Besitzer

Name: ..... Vorname: .....

Straße: ..... PLZ, Ort: .....

Tel. privat: ..... Tel. tagsüber: .....

Tel. Mobil: ..... Email-Adresse: .....

### Patient

Name: ..... Geschlecht:  männlich  weiblich  kastriert

Tierart/Rasse: ..... Alter/Geburtsdatum: .....

Farbe: ..... Tätö/Chip: .....

Bei Überweisung/Vertretung: Haustierarzt: .....

Grund des heutigen Besuchs: .....

Frühere Erkrankungen/Operationen/bekannte Allergien: .....

Letzte Impfung am: ..... Tierversicherung? ( ) Ja ( ) Nein

VVVO-Nummer: ..... Welche Tierversicherung? .....

### **Behandlungsvertrag**

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und deshalb berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung erforderlicher Behandlungen und Operationen zu schließen, ich versichere ferner, dass ich willens und in der Lage bin, die dadurch entstehenden Kosten zu tragen. Ich erkläre in diesem Zusammenhang, dass ich mich zum Zeitpunkt dieser Erklärung in keinem gerichtlichen Schuldenverfahren befinde, und dass das Schuldnerverzeichnis des für mich zuständigen Amtsgerichts keine Eintragungen über meine Person aufweist.

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.

Soweit es zur Diagnosefindung erforderlich ist, ermächtige ich den Inhaber und die Mitarbeiter der Praxis, Leistungen Dritter (Labors, Spezialuntersuchungsanstalten u. ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.

Ich zahle die entstehenden Kosten sofort in bar oder per EC-Karte. Mir ist bekannt, dass der Praxis ein Zurückbehaltungsrecht an dem behandelten Tier zusteht, wenn ich nicht bereit oder dazu in der Lage bin, die durch die Behandlung des Tieres entstandenen Kosten in bar oder per EC-Karte zu zahlen.

Eislingen, den

Ort/Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

**Dr. Silke Knoll**

Fachtierärztin für Klein- u. Heimtiere

**Kleintierpraxis am Marktkauf**



Steinbeisstraße 8, 73054 Eislingen

Tel. 07161-5047-997

Fax 07161-5047-989

[praxisknoll@tierarzt-eislingen.de](mailto:praxisknoll@tierarzt-eislingen.de) [www.tierarzt-eislingen.de](http://www.tierarzt-eislingen.de)

## **Einwilligung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken**

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die Kleintierpraxis am Marktkauf (verantwortlich: Dr. Silke Knoll) meine auf der Anmeldung angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhebt.

Für jede darüber hinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen, ebenso für eine Weiterleitung an Dritte, bedarf es Ihrer Einwilligung. Eine solche Einwilligung können Sie nachfolgend freiwillig erteilen.

Eislingen, den

---

Ort/Datum

Unterschrift

(bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

## **Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken**

Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt werden dürfen:

Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen tierärztlicher Überweisungen an andere Tierarztpraxen, -kliniken übermittelt werden dürfen.

Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen weiterführender Diagnostik an Untersuchungslabore und Institute übermittelt werden dürfen.

Ich willige ein, dass mich die Kleintierpraxis am Marktkauf telefonisch über Laborergebnisse und Terminplanung informiert.

Ich willige ein, dass mich die Kleintierpraxis am Marktkauf per Post informiert und mir zum Beispiel Impferinnerungen o.ä. zusendet.

Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch im Rahmen einer Weiterführung der Praxis durch einen Nachfolger weiter bestimmungsgemäß genutzt werden dürfen.

(Was Sie nicht wollen bitte streichen)

Eislingen, den

---

Ort/Datum

Unterschrift

(bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)