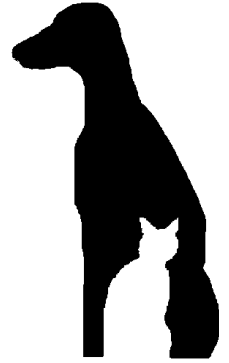


Tierarztpraxis Knopf



Daten des Patientenbesitzers:

Nachname: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße + Nr.: _____
PLZ + Ort: _____
Telefon privat: _____
Handynummer: _____
Email: _____
Personalausweis- Nr.: _____
(Auf dem Personalausweis oben rechts)

Daten des Tieres:

Name des Tieres: _____
Tierart: Hund Katze _____
Freigänger oder Wohnungskatze?
anderes Tier _____
Rasse: _____
Farbe: _____
Geschlecht: männlich weiblich kastriert
Geburtsdatum/Alter: _____
Chipnummer/Tattoo: _____
Bissig beim Tierarzt ? ja nein
Grund für Tierarztbesuch: _____

Bitte geben Sie den Impfausweis mit ab. Danke.

Ich bin mir bewusst, dass die erbrachten tierärztlichen Leistungen, Medikamente und Materialien immer unmittelbar im Anschluss an die Behandlung in voller Höhe zu bezahlen sind. Neben Barzahlung ist auch eine Zahlung mittels EC-Karte möglich.

Bei Nichteinhaltung eines vereinbarten Termins wird ein Pauschalbetrag von 30,00€ in Rechnung gestellt. Eine Absage muss spätestens 24 Stunden vor Beginn des Termins erfolgen. Dies ist per Email, telefonisch, auf dem Anrufbeantworter oder per Kontaktformular auf der Homepage möglich.

Einwilligungserklärung gemäß Art.6 DSGVO:

Ich bestätige mit meiner Unterschrift mein Einverständnis damit, dass die Tierarztpraxis Knopf personenbezogene Daten (wie beispielsweise Name, Adresse, Telefonnummer, E-Mail-Adresse etc.) sowie Daten zu meinen Tieren elektronisch erfassen und speichern darf. Diese Speicherung erfolgt vor allem zum Zweck der Führung der notwendigen Krankenakte, zur gesetzlich vorgeschriebenen Dokumentation und Abrechnung. Zu diesen Zwecken dürfen diese Daten ggf. auch elektronisch an Dritte weitergegeben werden (z.B. Überweisungspraxen/ -kliniken, Labore, tierärztliche Verrechnungsstellen etc.). Ich bin mir bewusst, dass diese Einverständniserklärung freiwillig ist und ich sie jederzeit schriftlich widerrufen kann. Die Einwilligung ist allerdings rechtliche Voraussetzung dafür, dass eine Behandlung eines Tieres überhaupt durchgeführt werden kann.

Darüber hinausgehende Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken. Ich möchte per E-Mail Informationen oder Erinnerungen zu Terminen wie beispielsweise Impfungen, Terminvereinbarungen oder Laborergebnissen erhalten. (Bitte ankreuzen)

Düsseldorf, den _____

Datum

Unterschrift