

ANMELDEFORMULAR

PERSÖNLICHE DATEN



FACHZENTRUM FÜR
KLEINTIERMEDIZIN
am Chemnitz Center

Röhrsdorfer Allee 31
09247 Chemnitz OT Röhrsdorf
Deutschland
Telefon: +49 (0) 3722 620420
E-Mail: praxis@vet-chemnitz.de
Web: www.vet-chemnitz.de

Anrede	Titel
Name	Vorname
Straße	
PLZ	Ort
Telefon	Mobilnummer
Fax	E-Mail (Wichtig! Für Befunde)

HINWEIS

Wir behalten uns vor, nicht wahrgenommene Termine, die nicht 24h vorher abgesagt worden sind, mit einer Aufwandsentschädigungspauschale von 25% der veranschlagten tierärztlichen Leistung in Rechnung zu stellen.

DATEN DES TIERES

Rufname des Haustiers	Zuchtnamen	Rasse
Tierart	Alter	Gewicht
Geschlecht	Farbe des Tieres	Chip-Nr.
Geburtsdatum	Kastriert/Sterilisiert: ☐ JA ☐ NEIN	
Ist Ihr Tier beim Tierarzt umgänglich?: ☐ JA ☐ NEIN – Wenn nein, worauf ist zu achten? Bitte nachfolgend angeben:		

HAUSTIERARZT / VERSICHERUNG

Name/Vorname	
Adresse	
Überwiesen:	☐ JA ☐ NEIN
Versicherung:	☐ OP-Versicherung ☐ Krankenversicherung
Versicherer	

WICHTIG! Bitte geben Sie auf dem Anmeldeformular die Daten des Versicherungsnehmers an, damit es später keine Probleme bei der Abrechnung mit Ihrer Versicherung gibt!

WEITERES

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- | | | |
|---|---|------------------------------------|
| ☐ persönliche Empfehlung | ☐ Haustierarzt | ☐ Werbung |
| ☐ Facebook/Instagram | ☐ Internet/Website | ☐ Sonstiges |

Ich versichere, dass ich der Halter des Tieres und volljährig bin. Ferner genehmige ich die Speicherung und Verarbeitung meiner Daten zu Praxiszwecken.



Hiermit erkläre ich,

Vorname/ Name: _____

Anschrift: _____

dass ich über die Nutzung meiner personenbezogenen Daten hinreichend aufgeklärt wurde und meine Fragen dahingehend vollständig beantwortet wurden.

Ich stimme der Speicherung/ Bearbeitung und Weitergabe meiner Daten wie folgt zu:

BITTE ANKREUZEN

Erlaubnis zur Weitergabe an Haustierärzte/Überweisungskollegen/
tierärztliches Fachpersonal

☐

Datenweitergabe an zusammenarbeitenden Institutionen (z.Bsp.:
Fremdlabore Pathohistologische Fachpraxen, Praxisprogramm)

☐

Datenweitergabe an Praxisteilhaber/ Praxispersonal

☐

Kontakterlaubnis zur Befundübermittlung/Informationsaustausch
(Emails, Anrufe)

☐

Wir weisen Sie darauf hin, dass wir anonyme Patientenfotos zur Nachbetreuung von Krankheitsverläufen usw. anfertigen. Diesen werden u.U. auch in soziale Medien, auf der Webseite, in Fachliteratur oder für Veröffentlichungen genutzt (ohne Besitzerdaten). Sollten Sie dies nicht wünschen, bitten wir Sie, dies ausdrücklich der Anmeldung mitzuteilen, damit es separat in Ihrer Kartei hinterlegt werden kann.

Des Weiteren bitten wir Sie zu berücksichtigen, dass unsere Praxis videoüberwacht wird. Eine Speicherung erfolgt für 4 Wochen. Die Auswertung des Bildmaterials erfolgt nur im Schadensfall.

Die Zustimmung zu der oben anzukreuzenden Datenspeicherungspunkten ist essentiell für unsere Arbeit. Sollten Sie mit einem Punkt nicht einverstanden sein, können wir aus rechtlichen und technischen Gründen keine Behandlung an Ihrem Tier durchführen.

Datum: _____

Unterschrift: _____