



ANMELDEFORMULAR

Lieber Tierhalter,
wir heißen Sie und Ihren Liebling herzlich Willkommen in unserer Kleintierpraxis.
Wir würden Sie bitten, folgende Felder auszufüllen:

Daten des Auftraggebers/Tierhalters (volljährig):

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Beruf: _____
Straße: _____ Hausnummer: _____
Postleitzahl: _____ Ort: _____
Tel.-Nr.: _____ Mobil-Nr.: _____
E-Mail Adresse: _____

Daten des Tieres:

Hund Katze Heimtier

Name: _____
Rasse: _____ Geburtsdatum: _____
Haarfarbe: _____ Geschlecht: weiblich männlich
Kastriert: ja nein
Täto/Transponder-Nr.: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich meine Volljährigkeit und dass meine Angaben wahrheitsgemäß sind. Ich bestätige, dass ich die Behandlung meines Tieres nach Behandlungsende unverzüglich bar oder per EC Kartenzahlung begleiche. 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 Amtsgerichtes keine Eintragungen über meine Person aufweist. Im Falle einer zuvor abgesprochenen Rechnungs- oder Ratenzahlung wird die Abrechnung der Behandlung an die Verrechnungsstelle **BFS Health Finance** (im Folgenden **BFS**) abgetreten. Lehnt die BFS die Übernahme der Rechnung ab, ist die Rechnung bar oder per EC-Kartenzahlung direkt zu begleichen. Abgetretene Forderungen gehen an ein Inkassobüro. Die umseitigen Informationen zur BFS, sowie zur elektronischen Datenverarbeitung und -speicherung habe ich gelesen und stimme der Verarbeitung meiner Daten zu.

Datum: _____ Unterschrift: _____

INFORMATIONEN ZUR BFS HEALTH FINANCE

Anschrift: Hülshof 24, 44369 Dortmund

Im Rahmen der Zusammenarbeit mit BFS werden gegebenenfalls Adressdaten (Name, Geburtsdatum und Anschrift) zum Zwecke der Bonitätsprüfung an die infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden oder an die SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden übermittelt. Die BFS nimmt zuvor eine Prüfung meiner Angaben vor. Hierfür werde ich ggf. gebeten, mich auszuweisen. Die Gründe für eine evtl. Ablehnung werden den Mitarbeitern der Kleintierpraxis Rastede nicht mitgeteilt, daher können diese hierzu keine Auskunft erteilen.

DATENSCHUTZERKLÄRUNG

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 Vorbehandlung 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 dem Kollegen telefonisch wie auch schriftlich über unsere Untersuchungen und Behandlungen informieren, damit die künftige Versorgung Ihres Tieres weiterhin durch möglichst vollständiges Wissen um dessen Krankengeschichte gewährleistet bleibt. Eine weitere Ausnahme stellen Laboruntersuchungen in einem Fremdlabor dar, in dem die Proben mit patientengebundenen Daten verarbeitet und ausgewertet werden.

Mit Ihrer Unterschrift bevollmächtigen Sie uns zu dieser Vorgehensweise.



Vereinbarung zum Ausfallhonorar bei Nicht- Erscheinen oder kurzfristiger Absage eines Termins in unserer Kleintierpraxis

Sehr geehrte Tierbesitzer,

wir freuen uns, dass Sie zu uns in die Praxis kommen möchten.

Um Ihnen und Ihrem Tier ausreichend Zeit zu widmen und lange Wartezeiten zu vermeiden, wird unsere Kleintierpraxis als reine Bestellpraxis geführt. Dies bedeutet aber auch, dass nicht eingehaltene oder zu spät abgesagte Termine nicht kurzfristig anderweitig besetzt werden können.

Sollten Sie Ihren Termin bei uns nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie um eine fristgerecht Absage bis spätestens 48h vorher unter **Tel: 04402-9722910** oder per Email an: **info@kleintierpraxis-rastede.de**

Sollten Sie Ihren Termin nicht innerhalb dieser Frist absagen, sind wir gezwungen Ihnen ein Ausfallhonorar nach aktueller Gebührenordnung für Tierärzte (GOT) zu berechnen.

Die Rechnung wird Ihnen über unserer Verrechnungsstelle BFS zugehen, wofür eine automatische Überprüfung Ihrer Bonität nötig ist.

Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie den o.a. Bedingungen ausdrücklich zu.

Vielen Dank
Ihr Praxisteam

Name, Datum

Unterschrift