



Patientenaufnahmeschein

Tierhalter (Name, Vorname): _____

Straße & Hausnummer: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon/Handy: _____

E-Mail: _____

Patient (Name): _____

Tierart: o Hund o Katze o Kaninchen o Meerschweinchen o Sonstiges: _____

Rasse: _____ Geburtsdatum: _____

Farbe: _____ Geschlecht: o männlich o weiblich o kastriert

Chip-Nr.: _____

Einwilligung zur Kostenübernahme

Mir ist bekannt, dass die Rechnung unmittelbar im Anschluss an die jeweilige Behandlung zu bezahlen ist. Ich werde die Kosten in bar oder per EC-Karte begleichen. Falls ich nicht der Tierhalter bin, versichere ich, im Einverständnis und im Auftrag dessen zu handeln und an dessen Stelle die Kosten zu übernehmen.

Einwilligung zur Zahlung einer Pauschale bei unentschuldigtem Versäumen zeitintensiver Termine:

Termine für Operationen oder zeitintensive Termine, wie beispielsweise Ultraschall oder aufwendigere Diagnostik, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen. Mir ist bekannt, dass bei unentschuldigtem Versäumen solcher Termine eine Gebühr von 50 € zu bezahlen ist.

Einwilligung zur Datenspeicherung und -verarbeitung gemäß Datenschutzgrundverordnung:

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die Kleintierpraxis Dr. Suhr (verantwortlich: Dr. Isabel Suhr) meine angegebenen, personenbezogenen Daten zum Zwecke der Diagnostik, Therapie und dem Abrechnungswesen erhebt, speichert und verarbeitet. Im Bedarfsfall dürfen diese Daten an externe Dienstleister, wie z.B. Untersuchungslabore/-institute, Überweisungskliniken und andere Tierarztpraxen, weitergeleitet werden. Ich habe das Recht auf Einsicht meiner erhobenen Daten und Löschung inkorrektur Angaben. Falls sich meine Daten ändern, informiere ich Sie beim nächsten Besuch. Die Daten unterliegen dem Datengeheimnis und werden nicht für Werbezwecke genutzt. Detaillierte Datenschutzhinweise zum Download finden Sie über den QR-Code unten rechts.

Einwilligung zur Kontaktaufnahme:

Ich willige ein, dass die Kleintierpraxis Dr. Suhr mich zum Zweck von Impf-, Vorsorge- und Operations-Erinnerungen sowie zur Nachsorge meines Tieres telefonisch, per E-Mail oder Post kontaktieren darf. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Einwilligung zur Verwendung von Fotos in sozialen Medien (freiwillig):

Ich willige ein, dass die Tierarztpraxis Fotos und ggf. Videos sowie den Namen des Tieres und anonymisierte Informationen zur Erkrankung oder Behandlung zu Informations- und Praxiszwecken (z.B. auf der Instagram-Seite der Praxis) veröffentlichen darf. Personenbezogene Daten von mir als Halter werden dabei nicht veröffentlicht.



Datum, Unterschrift

Download Datenschutzhinweise