

# Registrierung

## Tierarztpraxis Dr. Kathrin Zech



### Besitzer

Frau       Herr       divers

\_\_\_\_\_  
Anrede

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Mobilnr.

\_\_\_\_\_  
Titel

\_\_\_\_\_  
Nachname

\_\_\_\_\_  
Hausnr.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Telefonnr.

Ich möchte Rechnungskopien per E-Mail zugesandt bekommen und benötige keinen Ausdruck.

\_\_\_\_\_  
Besondere Hinweise

## Patient

\_\_\_\_\_  
Tiername

\_\_\_\_\_  
Tierart

\_\_\_\_\_  
Rasse

ja       nein  
\_\_\_\_\_  
Mischling

weiblich       männlich       unbekannt  
\_\_\_\_\_  
Geschlecht

kastriert       sterilisiert       nein  
\_\_\_\_\_  
Kastrationsstatus

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

\_\_\_\_\_  
Farbe

\_\_\_\_\_  
Gewicht [kg]

\_\_\_\_\_  
Chipnummer

\_\_\_\_\_  
EU-Heimtierausweis

## Tierversicherung

\_\_\_\_\_  
Versicherungsgesellschaft

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

OP-Versicherung       Krankenversicherung       Vollversicherung  
\_\_\_\_\_  
Versicherungsart

\_\_\_\_\_  
Fütterung (Futterart, Futterzusätze, Leckerli, Futterumstellung und weitere Angaben)

\_\_\_\_\_  
aktuelle Dauermedikation

\_\_\_\_\_  
frühere Diagnosen

\_\_\_\_\_  
frühere Medikamente

\_\_\_\_\_  
Besondere Hinweise zu diesem Patienten (Im Notdienst Wer ist Ihr Haustierarzt?)

## **Datenschutz / Behandlungsvertrag**

### **Tierärztlicher Behandlungsvertrag**

#### Allgemeines

1. Sie beauftragen uns mit der Untersuchung, Behandlung und/ oder ggfs. der Operation des Tieres.
2. Sie versichern, dass Sie Halter des Tieres sind und berechtigt sind, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistungen in der Tierarztpraxis Dr. Kathrin Zech zu schließen. Sofern Sie nicht Halter des Tieres sind, versichern Sie, im ausdrücklichen Auftrag des Tierhalters zu handeln. Fehlt es an einer Bevollmächtigung oder stellt der Tierhalter eine Bevollmächtigung in Abrede, bestätigen Sie hiermit, dass Sie für die entstehenden Kosten aus der Behandlung aufkommen.
3. Sie versichern unabhängig davon, dass Sie die dabei nach der Gebührenordnung für Tierärzte (GOT) anfallenden Gebühren und Kosten direkt in bar oder per EC-/ Kreditkarte bezahlen werden. Die Bezahlung hat im Anschluss der Behandlung oder bei Operationen bei Abholung des Tieres zu erfolgen.
4. Bei Vorstellung des Tieres im Notdienst außerhalb der Sprechzeiten fällt ein Zuschlag nach der GOT an.
5. Falls es zur Diagnosefindung erforderlich ist, ermächtigen Sie die Praxis, Leistungen Dritter (Labor etc.) nach vorheriger Absprache mit Ihnen, in Ihrem Namen und auf Ihre Rechnung in Anspruch zu nehmen.

### **Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten:**

Hiermit erteile ich meine Einwilligung, dass die Praxis meine auf der Anmeldung angegebenen Daten zum Zwecke der Durchführung des obigen und zukünftiger Behandlungsverträge mit der Praxis erhebt und verarbeitet. Für jede darüber hinausgehende Datenverarbeitung und -Weitergabe an Dritte ist meine Einwilligung erforderlich. Die Datenverarbeitung erfolgt auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 a), b) und f) DSGVO. Weiterhin erteile ich hiermit meine Einwilligung dahingehend:

- dass die erhobenen Daten – soweit erforderlich und notwendig – im Rahmen tierärztlicher Überweisungen an andere Tierarztpraxen bzw. -kliniken übermittelt werden dürfen,
- dass die erhobenen Daten – soweit erforderlich und notwendig – im Rahmen weiterführender Diagnostik an Untersuchungslabore und- institute übermittelt werden dürfen,
- dass die erhobenen Daten, wenn das Tier versichert ist, an die Krankenkasse übermittelt werden dürfen,
- dass die erhobenen Daten in Ausnahmefällen in Form einer individuellen Ergänzung des Behandlungsvertrages auch an eine externe Verrechnungsstelle weitergegeben werden dürfen,
- dass die erhobenen Daten auch im Rahmen einer Weiterführung der Praxis durch einen oder mehrere Nachfolger\*Innen weiter bestimmungsgemäß verarbeitet werden dürfen,
- dass die Praxis mich telefonisch, per unverschlüsselter E-Mail, per SMS und/ oder Post über tierärztliche Behandlungs- und Laborergebnisse und die weitere Terminplanung der tierärztlichen Behandlung (inkl. Impferinnerungen) informiert und mich entsprechend kontaktiert,
- dass die Praxis mich telefonisch, per unverschlüsselter E-Mail, per SMS und/ oder per Post aktuell und gezielt über ihre Dienstleistungen, Projekte, Kundenbindungsmaßnahmen etc. informiert und mich entsprechend kontaktiert.

---

#### *Widerrufsbelehrung*

*Ihre Einwilligung können Sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Datenverarbeitung und gesetzlichen Erlaubnistatbestände bleiben vom Widerruf unberührt. Sofern Ihre Daten bei uns gem Art. 6 Abs. 1 S. 1f) DSGVO verarbeitet werden, können Sie gem. Art. 21 DSGVO Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen. Der Widerruf bzw. Widerspruch ist mündlich, telefonisch, schriftlich*

oder per E-Mail an uns zu richten: Tierarztpraxis Ebsdorfergrund, Dr. Kathrin Zech, Wittelsberger Str. 4, 35085 Ebsdorfergrund-Rauischholzhausen, Tel.: 06424-943888, E-Mail: info@tierarztpraxis-ebdorfergrund.de

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. 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 Sie, Leistungen Dritter (Laboruntersuchungen u. Ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit meiner Angaben und beauftrage Sie mit der Untersuchung bzw. Behandlung meines Tieres und versichere Ihnen, dass ich hierzu berechtigt bin. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich nach der Untersuchung oder Operation meines Tieres die anfallenden Behandlungskosten in bar, mit EC-Karte oder mit Kreditkarte begleichen muss. Folgebehandlungen unterliegen ebenso diesem Vertrag. Bei Vorstellung des Tieres im Notdienst außerhalb der Sprechzeiten fällt ein Zuschlag nach der GOT an.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Personalien und gebe den Auftrag zur Untersuchung/ Behandlung/ Operation des o.g. Tieres. Ich erkläre mich als Auftraggeber mit den allgemeinen Geschäftsbedingungen der Tierarztpraxis Ebsdorfergrund einverstanden.

#### **Sonstige Informationen zu unserer Praxis**

1. Zuständige Aufsichtsbehörde: Landestierärztekammer Hessen, Bahnhofstr. 13, 65527 Niedernhausen, Tel.: 06127 – 90 75 0, E-Mail: info(at)ltk-hessen.de
2. Berufshaftpflicht: Bayrischer Versicherungsverband
3. Für unsere Praxis und diesen Vertrag gelten folgende berufsrechtliche Regelungen:
  - Bundestierärzterverordnung [https://www.gesetze-im-internet.de/bt\\_o/BJNR004160965.html](https://www.gesetze-im-internet.de/bt_o/BJNR004160965.html)
  - Gebührenordnung für Tierärzte GOT <https://www.bundestieraerztekammer.de/tieraerzte/beruf/got/>
  - Berufsordnung und Heilberufsgesetz Hessen <https://www.ltk-hessen.de/tieraerzte/innen/rechtsgrundlagen-inkl-fort-und-weiterbildung/gesetze-satzungen-ordnungen>

Ich möchte keine Terminerinnerungen erhalten.

Ich möchte keine Impferinnerungen erhalten.



\_\_\_\_\_  
Ort, Datum



\_\_\_\_\_  
Unterschrift