

Kontaktangaben

Anrede: Frau Herr Neutral

Vorname _____ Nachname _____

Straße, Hausnr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____ Festnetz _____ Mobil

E-Mail _____ Geburtsdatum _____

Halter:in des Tieres ist _____ Nicht erforderlich, falls Sie selbst Halter:in sind Gewerbliche:r Tierhalter:in: Ja Nein

Angaben zum Tier

Name des Tieres _____ Tierart _____

Rasse _____ Geburtsdatum _____ Wenn nicht bekannt, ungefähres Alter

Geschlecht: Weiblich Männlich Kastriert: Ja Nein

Gewicht _____ Farbe _____

Chipnummer _____

EU-Ausweisnummer _____

Tier dient der Lebensmittelgewinnung Ja Nein

Tier eines landwirtschaftlichen Betriebs Ja Nein

Tier mit hoheitlichen Aufgaben z.B. Polizei, Zoll, Försterei Ja Nein

Freigang Nur bei Katzen auszufüllen Ja Nein

Gruppenhaltung Nur bei mehreren Katzen auszufüllen Ja Nein

Bekannte Vorerkrankung bzw. Dauermedikation Weitere Informationen in der Behandlung Ja Nein

Tier ist geimpft Bei „Ja“ bitte Datum der letzten Impfung angeben Ja Nein

Tier war im Ausland/kommt aus dem Ausland Bei „Ja“ bitte oberhalb das Land angeben Ja Nein

Tier ist krankenversichert Bei „Ja“ bitte oberhalb die TKV-Nr. angeben Ja Nein

..... OP-Versicherung Krankenversicherung

Bei Überweisung: Angaben zur überweisenden Praxis

Name der Praxis _____

Name der Behandler:in _____

Adresse _____

Wünschen Sie eine Rücküberweisung? Ja Nein

Tierärztlicher Behandlungsvertrag

Allgemeines

1. Sie beauftragen uns mit der Untersuchung, Behandlung und/oder ggfs. der Operation des Tieres (die „Behandlung“).
2. Sie versichern, dass Sie Halter:in des o. g. Tieres und/oder – z. B. im Auftrag der Tierhalter:innen – berechtigt sind, diesen Vertrag über eine Behandlung mit uns einzugehen, d. h. Sie erklären, dass der/die Tierhalter:in mit der Behandlung einverstanden ist.
3. Unabhängig davon versichern Sie, dass Sie uns **persönlich** die dabei nach der Gebührenordnung für Tierärzte („GOT“) anfallenden Gebühren und Kosten gegen Erhalt einer entsprechenden Rechnung bezahlen werden. Auch bei krankenversicherten Tieren erfolgt die Bezahlung in unserer Praxis direkt und persönlich durch Sie. Die Bezahlung hat im Anschluss an die Behandlung oder bei Operationen bei Abholung des Tieres zu erfolgen. Bei Vorstellung des Tieres im Notdienst fällt ein Zuschlag nach der GOT an. Eine solche Bezahlung kann nur in bar oder per EC-/Kreditkarte erfolgen. In Form einer individuellen Ergänzung dieses Vertrages kann die Abrechnung über eine externe Verrechnungsstelle erfolgen.
4. Soweit es für eine tierärztliche Diagnose erforderlich ist, ermächtigen und bevollmächtigen Sie uns, Leistungen Dritter (wie Labor- oder Spezialuntersuchungen) in Ihrem Namen und auf Ihre Rechnung in Anspruch zu nehmen und für Sie auszulegen.
5. Auf Nachfrage erteilen wir Ihnen vor der Behandlung eine Gebühren- und Kostenschätzung.

Sonstige Informationen zu unserer Praxis

1. Zuständige Aufsichtsbehörde: Tierärztekammer Berlin · Littenstraße 108 · 10179 Berlin
Telefon: 030 31 21 87 5 · E-Mail: tieraerztekammer-berlin@gmx.de
2. Berufshaftpflicht: Continentale Versicherungsverbund · Telefon: 0231 91 90
3. Für unsere Praxis und diesen Vertrag gelten folgende berufsrechtliche Regelungen:
 - Bundestierärzteordnung: www.gesetze-im-internet.de/bt_o/BJNR004160965.html
 - Gebührenordnung für Tierärzte GOT: www.bundestieraerztekammer.de/tieraerzte/beruf/got/
 - Berufsordnung der Tierärztekammer Berlin und Berliner Kammergesetz für die Heilberufe:
www.tieraerztekammer-berlin.de/kammerrecht

Informationen zur Verarbeitung personenbezogener Daten

Im Rahmen der Kundenbeziehung zwischen uns und Ihnen erhebt und verarbeitet die Tierarztpraxis am Wildrosengehölz die personenbezogenen Daten, die Sie uns bei der Anmeldung zur Verfügung gestellt haben oder die wir im weiteren Verlauf der Kundenbeziehung von Ihnen erhalten. Nähere Informationen zu Art, Umfang, Zweck und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung, Ihren diesbezüglichen Rechten, die Kontaktdaten unseres Datenschutzbeauftragten sowie zahlreiche weitere Informationen können Sie unserer Datenschutzerklärung entnehmen, die in ihrer jeweils aktuellen Fassung online unter www.tierarztpraxis-mahlsdorf.de/datenschutz bereit steht. Gerne stellen wir Ihnen die Datenschutzerklärung auf Ihren Wunsch hin auch als Ausdruck zur Verfügung.

Bitte hier unterschreiben: _____

Ort, Datum


Unterschrift Tierhalter:in
(Bei Minderjährigen durch Erziehungsberechtigte)