

# Anmeldebogen

Herzlich willkommen in der Tierarztpraxis WIDUKIND®!

Für korrekte Einträge in unsere Patientendatei erbitten wir von Ihnen folgende Angaben.

Vielen Dank im Voraus.

## Persönliche Daten

---

### Besitzer/Auftraggeber

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobiltelefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

- Ich bin selbst Halter des Tieres
- Ich bin nicht Halter des Tieres versichere jedoch im Auftrag des Tierhalters zu handeln.  
Halter des Tieres ist: \_\_\_\_\_
- Ich handle nicht im Auftrag des Halters werde jedoch für die entstehenden Behandlungskosten aufkommen

### Patient/Tier

Name: \_\_\_\_\_ Tierart: \_\_\_\_\_ Rasse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Farbe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich

kastriert:  nein  ja

Tierkrankenversicherung:  nein  ja bei: \_\_\_\_\_

## Zahlungsmöglichkeiten

---

Bitte haben Sie Verständnis, dass Behandlungen, klinische Leistungen und Medikamentenabgaben grundsätzlich nicht auf Rechnung erfolgen können. Notfallbehandlungen und Operationen werden sofort bei Abholung des Patienten abgerechnet.

Für OP-Termine, die nicht eingehalten bzw. nicht mindestens 24 Stunden vorher abgesagt wurden, berechnen wir eine Ausfallpauschale von 50,00 €.

Sie können bar oder per EC mit PIN bezahlen.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und dass ich in der finanziellen Lage bin, die Kosten der Behandlung zu tragen. Gleichzeitig akzeptiere ich die Zahlungsbedingungen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Halters oder Auftraggebers

## Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

---

- Internet-Suchmaschinen  Homepage  online Telefonbücher  
 Telefonbücher (Printmedien)  Empfehlung von: \_\_\_\_\_  Sonstiges .....

## Einwilligungserklärung zur Datennutzung

Tierarztpraxis WIDUKIND®  
Werther Str. 22  
32130 Enger  
Telefon: 05224 - 976886  
E-Mail: info@tierarztpraxis-widukind.de

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die Tierarztpraxis WIDUKIND®, Dr. Carsten Plischke, meine auf der Anmeldung angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhebt.

Für jede darüber hinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen, ebenso für eine Weiterleitung an Dritte, bedarf es regelmäßig Ihrer Einwilligung. Eine solche Einwilligung können Sie nachfolgend freiwillig erteilen.

### Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken

Die erhobenen Daten dürfen auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen tierärztlicher Überweisungen an andere Tierarztpraxen, -kliniken und im Rahmen weiterführender Diagnostik an Untersuchungslabore und Institute übermittelt werden.

Ich willige ein, dass mich die Tierarztpraxis WIDUKIND® telefonisch über Laboregebnisse und Terminänderungen informiert.

Ich willige ein, dass mich die Tierarztpraxis WIDUKIND® per Post, z.B. Impferinnerungen, informiert.

Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch im Rahmen einer Weiterführung der Praxis durch einen Nachfolger weiter bestimmungsgemäß genutzt werden dürfen.

**Name:**

**Adresse:**

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_