



## Patientenaufnahmeschein / Aufnahmeformular

(Stand: November 2021)

**Für unsere Patientenkartei erbitten wir folgende Angaben:**

*(bitte in Druckschrift ausfüllen!)*

**NAME DES AUFTRAGGEBERS:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ/Ort:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_ **mobil:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Geb.Datum:** \_\_\_\_\_

*freiwillige Angaben:*

**Beruf:** \_\_\_\_\_

### **PATIENT:**

**Rufname des Tieres:** \_\_\_\_\_ **Geb.Datum:** \_\_\_\_\_

**Tierart:**  Hund  Katze  Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Rasse:** \_\_\_\_\_ **Alter:** \_\_\_\_\_ **Gewicht:** \_\_\_\_\_

**Geschlecht:**  männlich  weiblich  kastriert

**Farbe/Besonderheiten:** \_\_\_\_\_

**Unverträglichkeiten** (soweit bekannt): \_\_\_\_\_

**Überwiesen von:** \_\_\_\_\_

**Tierkrankenversicherung:**  nein  ja, bei Gesellschaft: \_\_\_\_\_

# BEHANDLUNGSVERTRAG

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, und dass das Schuldnerverzeichnis des für mich zuständigen Amtsgerichts keine Eintragungen über meine Person aufweist.

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 den Inhaber und die Mitarbeiter der Praxis, Leistungen Dritter (Labors, Spezialuntersuchungsanstalten u. ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.

Ich zahle die entstehenden Kosten sofort in bar oder per EC-Karte bzw. bin ich damit einverstanden, dass meine Daten zwecks Abrechnung an die BFS-Health Finance GmbH, Hülshof 24, 44369 Dortmund weitergegeben werden.

Hinweise zum Datenschutz finden Sie unter:

<https://mobile-kleintierpraxis-velbert.de/downloads/>

**Die Datenschutzhinweise/Informationen gem. Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) habe ich erhalten.**

**Deren Kenntnisnahme bestätige durch meine Unterschrift!**

---

Ort / Datum

---

Unterschrift Auftraggeber