



Angaben zum Besitzer (oder gesetzlichen Vertreter)

Nachname _____ Telefon _____
Vorname _____ Mobil-Nr. _____
Straße, Nr. _____ E-Mail _____
PLZ, Ort _____ Weiteres _____

Angaben zum Tier

Name _____
Tierart _____
Rasse _____
Geburtsdatum _____
Geschlecht männlich weiblich kastriert
Gewicht in kg _____
Farbe _____
Chip-Nr. _____
Auslandsaufenthalt Nein Ja, in _____
OP-/Krankenversichert Nein Ja, bei _____

Überweisung

Wurden Sie von einer anderen Tierarztpraxis an uns überwiesen?

Nein Ja, von _____

Durch Ihre Unterschrift gehen Sie mit der Tierarztpraxis Dr. Ammon (Dr. med. vet. Julia Ariane Ammon) einen **Behandlungsvertrag** ein, durch den Sie sich verpflichten, alle durch die Behandlung anfallenden Kosten zu tragen. Die einzelnen Untersuchungs- und Behandlungsschritte werden nur mit Ihrer Zustimmung durchgeführt. Sollten Sie nicht der Halter des Tieres sein, versichern Sie durch Ihre Unterschrift ausdrücklich, im Auftrag des Halters zu handeln.

Datum _____ Unterschrift (1 von 2) _____



Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass die Tierarztpraxis Dr. Ammon meine auf dem Anmeldeformular angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages auf der Grundlage aktueller gesetzlicher Regelungen (DSGVO) erhebt und speichert.

Für jede darüber hinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen, ebenso für eine Weiterleitung an Dritte, bedarf es zusätzlich meiner Einwilligung. Diese Einwilligung erteile ich nachfolgend:

- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt werden dürfen. *(Dies ist erforderlich, damit Sie das Formular nur einmalig ausfüllen müssen und nicht erneut bei jedem Besuch.)*
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig, im Rahmen tierärztlicher Überweisungen an andere Tierarztpraxen und Tierkliniken übermittelt werden dürfen. *(Nur so dürfen wir Ihr Tier an andere Tierarztpraxen und Tierkliniken überweisen und Befunde für die Weiterbehandlung übermitteln.)*
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig, im Rahmen weiterführender Diagnostik an Untersuchungslabore und andere Institute übermittelt werden dürfen. *(Notwendig für z.B. Blutuntersuchungen und Untersuchungen von Gewebeproben in Drittlaboren oder auch für die Weitergabe von Untersuchungsergebnissen an Zuchtauswertungsstellen.)*
- Ich willige ein, dass die Tierarztpraxis Dr. Ammon mich oder eine von mir genannte Person im Rahmen des Behandlungsvertrags telefonisch, postalisch oder per E-Mail kontaktieren darf. *(Notwendig, um Sie z.B. bei Terminänderungen, Impferinnerungen oder Untersuchungsergebnisse unterrichten zu dürfen.)*
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch im Rahmen einer Weiterführung der Tierarztpraxis durch einen Nachfolger weiter bestimmungsgemäß genutzt werden dürfen. *(Notwendig, damit z.B. bei einem Zugang oder Abgang in der Praxisführung Ihre Daten nicht erneut aufgenommen werden müssen.)*

Datum _____

Unterschrift (2 von 2) _____