

Anmeldeformular (Hund/Katze)

Herzlich Willkommen in der Tierarztpraxis Otterndorf!

BITTE GEBEN SIE DAS AUSGEFÜLLTE FORMULAR WIEDER AM EMPFANG AB

Besitzer

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon/Handy: _____

E-Mail: _____

Patient

Name: _____ Gewicht: _____ kg

Tierart: Hund Katze Rasse: _____

Geschlecht: weibl. männl. kastriert: ja nein

Geburtsdatum: _____

Farbe: _____

Microchip-Nr.: _____

krankenversichert: ja nein OP-versichert: ja nein

Herkunftsland: _____

Auslandsaufenthalte (der letzten 2 Jahre): _____

Allergien / Vorerkrankungen / Dauermedikation: _____

Hiermit erkläre ich mich bereit, jede tierärztliche Behandlung sowie Einkäufe in der Praxis sofort zu bezahlen.

Mit meiner Unterschrift erteile ich den Auftrag zur Untersuchung, Beratung und Behandlung, bestätige die Richtigkeit der Angaben zu meiner Person und akzeptiere die Zahlungsbedingungen.

Ich bestätige, dass ich den Aushang zur DSGVO zur Kenntnis genommen habe. Insbesondere stimme ich der Erfassung und Speicherung meiner Daten zu Zwecken der Behandlungsdokumentation und -abrechnung sowie der notwendigen Übermittlung an Labore, andere Tierarztpraxen/-kliniken und die tierärztliche Verrechnungsstelle zu. Ferner willige ich in die Übernahme meiner Daten beim Inhaberwechsel der Tierarztpraxis Otterndorf ein.

Ort, Datum

Unterschrift des Besitzers