



## Anmeldebogen

Herzlich Willkommen in unserer Pferdepraxis!

Um sie umfassend betreuen zu können, bitten wir Sie um einige persönliche Angaben und Informationen zu unserem neuen Patienten.

**Besitzer/Tierhalter** (Wenn nicht Besitzer, so habe ich die Erlaubnis, das u.g. Tier vorzustellen)

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Strasse/Hsnr: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_ Tel tagsüber: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

### Patient

**Name:** \_\_\_\_\_ **Tierart:** \_\_\_\_\_

Rasse: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Farbe: \_\_\_\_\_

MikroChip \_\_\_\_\_

Lebensnummer/ Brand: \_\_\_\_\_

OP-Versicherung: \_\_\_\_\_ Wenn ja, bei welcher Versicherung? \_\_\_\_\_

Frühere Erkrankungen, Operationen, Unverträglichkeiten, Dauermedikationen:

\_\_\_\_\_

### Zahlungsmöglichkeiten

Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass alle Behandlungen, klinischen Leistungen, Laboruntersuchungen und Medikamentenabgaben grundsätzlich nicht auf offene Rechnung erfolgen, sondern direkt nach der Behandlung/OP/Medikamentenabholung beglichen werden müssen.

Gewünschte Zahlungsart:     bar         Verrechnungsstelle (positive Bonität vorausgesetzt)

**Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und akzeptiere die Zahlungsbedingungen sowie die umseitige Datenschutzerklärung.**

(Ort) \_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Rückseite beachten

## Datenschutzerklärung

**Ich nehme zur Kenntnis, dass die o.g. Daten der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen,  
bin aber damit einverstanden, dass diese intern für Laborgeräte, Röntgenbilder, Ultraschallbilder, etc. verwendet werden, um diese Ihrem Tier eindeutig zuweisen zu können. Des Weiteren erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine o.g. Daten an Dritte weitergegeben werden. Dazu zählen z.B. Verrechnungsstelle BFS health finance, Steuerberater, Fremdlabore und Überweisungskliniken.  
Ich bin einverstanden, dass o.g. Angaben von uns in einem Patientenverwaltungsprogramm ( EasyVet) eingegeben und verarbeitet werden.  
Ich bin damit einverstanden, dass meine Email-Adresse und Telefonnummer verwendet werden darf, um mir z.B. Befunde, Terminerinnerungen, Impferinnerungen oder Ankündigungen die Praxisorganisation betreffend (z.B. Urlaubsankündigung, o.ä.) zukommen zu lassen.  
Ich habe die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Tierärztlichen Praxis für Pferde Sassubrina Hayden, welche im Praxisauto aushängen, gelesen und verstanden und erkläre mich damit einverstanden.  
Unter den dort genannten Bedingungen gehe ich hiermit einen Behandlungsvertrag ein.  
Ich nehme hiermit zur Kenntnis, dass ich jederzeit meine hier gemachten Daten widerrufen und löschen lassen kann, sofern dies mit anderen gesetzlichen Vorhaltungspflichten vereinbar ist (z.B. Röntgenbilder müssen 10 Jahre aufbewahrt werden).**

(Ort) \_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_