

**Anmeldeformular** (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

**Auftraggeber:** \*freiwillige Angaben

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

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

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*Fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Patient:**

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

Geburtsdatum/ Alter: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Chip-Nr./Tätowierung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Farbe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geschlecht: ☐ weibl. ☐ männl.

Gewicht: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kastriert: ☐ ja ☐ nein

Besonderheiten (bekannte Erkrankungen): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dauermedikation: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wir benötigen Ihre Einwilligung:**

Ich willige - für die Zukunft jederzeit widerrufbar - ein (Widerruf unter: [datenschutz@tierklinik-posthausen.de](mailto:datenschutz@tierklinik-posthausen.de)), dass die Tierklinik Posthausen den nachfolgenden Personen/ Organisationen eine Auskunft über den Zustand und den Behandlungsverlauf meines Tieres geben darf, **bitte Zutreffendes ankreuzen und ausfüllen**:

**☐ Rückmeldung an Ihren Haustierarzt erwünscht,** (wird von uns empfohlen)

z.B. wichtig für Weiterbehandlungen, bitte Haustierarzt eintragen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**☐ Rückmeldung an den überweisenden Tierarzt/** Physiotherapeut erwünscht?

Bitte überweisenden Tierarzt/ Physiotherapeut eintragen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**☐ Auskunft an andere Personen erlaubt,** z.B. Familienangehörige.

Bitte Vor-/Nachname und Adresse eintragen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Bitte Rückseite ausfüllen und Unterschreiben!***

***Bezahlung:***

Bitte beachten Sie, dass die Zahlung der Behandlungskosten nach einer der unten aufgeführten Modalitäten erfolgt.

Bei Rechnung/ Ratenzahlung oder bei Behandlungskosten, die voraussichtlich 200€ überschreiten, erfolgt im Vorfeld automatisch eine Bonitätsabfrage über die BFS health finance GmbH, Hülsdorf 24, 44369 Düsseldorf (Rechtsgrundlage Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO berechtigtes Interesse zur Prüfung der Bonität zur Minimierung der Forderungsausfallrisiken, da die Tierklinik in Vorleistung tritt.) Die Informationen zur Datenverarbeitung und zur Bonitätsprüfung durch die BFS health finance GmbH erhalten Sie bei uns am Anmeldetresen. Sollten Sie einer Bonitätsabfrage bei der BFS nicht zustimmen (bitte sprechen Sie uns diesbezüglich an), müssen die anfallenden Kosten nach jeder Behandlung bar oder per EC-Karte beglichen werden. Bei einer negativ ausfallenden Bonität, bitten wir Sie in Vorkasse zu treten.

Information zur Kostenschätzung, sowie Details zur Rechnung besprechen Sie bitte mit Ihrem behandelnden Tierarzt.

***Ich bezahle*** (bitte ankreuzen):

☐ **bar**

☐ **per EC-Karte**

☐ **Rechnung/Ratenzahlung über BFS**

Für die Abrechnung über die BFS benötigen wir die Vorlage Ihres Personalausweises.

Die Rechnung erhalten Sie innerhalb von 14 Tagen von der BFS health GmbH.

☐ **Tierkrankenversicherung**: wir rechnen **nur** direkt mit der **AGILA Versicherung** ab.

Bitte geben Sie hier die Versicherungsgesellschaft & Versicherungsschein-Nr. an:

Versicherung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vers. Nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bei direkter Abrechnung mit der Versicherung benötigen wir Ihre Versicherungspolice. Bitte zeigen Sie diese bei der Anmeldung vor. Die Daten werden in Ihrer Karteikarte eingescannt und hinterlegt.

Vor allgemeiner Behandlung, stationärer Aufnahme und Operationen bitten wir Sie um Vorlage Ihres Personalausweises, zum Datenabgleich für die Rechnungsstellung.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich:**

▪ dass ich Halter des Tieres bin und die Berechtigung habe, einen Vertrag über die

Durchführung der Dienstleistungen bzw. den Erwerb der med. Produkte der Tierklinik

Posthausen zu schließen. Sofern ich nicht der 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

entstandenen Kosten aus der Behandlung aufkommen werde.

▪ die Richtigkeit meiner Personalien und gebe den Auftrag zur Untersuchung/ Behandlung

bzw. Operation meines Tieres. Soweit es zur Diagnosefindung erforderlich ist, ermächtige

ich die Inhaber und die Mitarbeiter der Klinik, Leistungen Dritter (Labore etc., Liste in den

Informationen zum Datenschutz der Tierklinik Posthausen einzusehen) in meinem Namen

und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.

▪ die von mir eingetragene Adresse (Auftraggeber) für die spätere Rechnungsadresse

verwendet werden darf. Mir ist bewusst, dass anschließend keine Veränderungen der

Adresse mehr möglich ist.

▪ die Information zum Datenschutz der Tierklinik Posthausen gemäß Art. 13 DSGVO die, am

Anmeldetresen ausliegt, habe ich zur Kenntnis genommen.

Posthausen, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Auftraggeber)

*Anmeldeformular Version: 0.0.04 ab 22.07.2019* 