



Anmeldeformular (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Auftraggeber/in: *freiwillige Angaben

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Geschlecht: ☐ m ☐ w ☐ d
Straße/Nr.: _____ PLZ/Wohnort: _____
Telefon/ Handy: _____
*E-Mail: _____

Die eingetragene Adresse (Auftraggeber/in) wird für die spätere Rechnungsadresse verwendet. Mir ist bewusst, dass anschließend keine Veränderung der Adresse mehr möglich ist.

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), 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 Ihre/n Haustierarzt/:** Name: _____
-ärztin erwünscht, (wird von uns empfohlen Praxis: _____
z.B. wichtig für Weiterbehandlungen) Ort: _____
- ☐ **Rückmeldung an den/die** Name: _____
überweisende/n Tierarzt/ärztin / Praxis: _____
Physiotherapeut/in erwünscht? Ort: _____
- ☐ **Auskunft an andere Personen erlaubt** Name: _____
z.B. Familienangehörige *Adr.: _____
*Tel.Nr.: _____

Bitte auch die 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 250€ überschreiten, erfolgt im Vorfeld automatisch eine Bonitätsabfrage über die BFS health finance GmbH, Hülisdorf 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. Bei geschätzten Behandlungskosten über 500€ behalten wir uns das Recht einer Anzahlungsforderung gemäß ausliegender Zahlungsinformationen vor.

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/Debit-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 dem/der behandelnden Tierarzt/ärztin.

Ich bezahle (bitte ankreuzen):

☐ **bar/EC-Karte/Debitkarte**

☐ **Rechnung/Ratenzahlung über BFS (ab 250€)**

Für die Abrechnung über die BFS benötigen wir die Vorlage Ihres Personalausweises zum Abgleich der Angaben in Ihrer Kundenkartei. Die Rechnung erhalten Sie innerhalb von 14 Tagen von der BFS health GmbH.

☐ **Tierkrankenversicherung:** Wir rechnen direkt mit den Versicherungsunternehmen

AGILA, Uelzener, Barmenia und Hanse Merkur* ab. Bitte legen Sie Ihre Police und Ihren Personalausweis vor.

(* Hanse Merkur ab 1000€ RG-Summe möglich)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich:

- dass ich Halter/in des Tieres bin und die Berechtigung habe, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistungen bzw. den Erwerb der med. Produkte der Tierklinik Posthausen eGmbH zu schließen. Sofern ich nicht der/die Halter/in des Tieres bin, versichere ich, im ausdrücklichen Auftrag des Tierhalters/ der Tierhalterin zu handeln. Fehlt es an einer Bevollmächtigung oder stellt der/die Tierhalter/in 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/innen und die Mitarbeiter/innen 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.
 - dass ich mit der Zusammenfassung von Gesprächen durch eine KI zu Dokumentationszwecken einverstanden bin. Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, sprechen Sie uns bitte an.
 - dass ich die Information zum Datenschutz der Tierklinik Posthausen gemäß Art. 13 DSGVO, die am Anmeldetresen ausliegt, zur Kenntnis genommen habe.
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass Bilder meines Tieres (☐ anonym / ☐ mit dem Namen des Tieres) für wissenschaftliche Präsentationen, für Infomaterial (z.B. Flyer zur Aufklärung über Krankheiten) oder in sozialen Medien genutzt werden.

Posthausen, _____

Unterschrift: _____
(Auftraggeber/in)

Unterschrift: _____
(gesetzliche/r Vertreter/in)