



PFERDEPRAXIS

SIGRUN KLOSE

Anmeldeformular

weitere Angaben zum Rechnungsempfänger

Kundennummer: _____

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon/Mobil: _____

E-Mail: _____

Ich möchte KEINE Rechnungen per Mail erhalten, bitte hier ankreuzen

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der tierärztlichen Dienstleistungen zu schließen. Falls ich nicht Halter des Tieres bin, versichere ich, im ausdrücklichen Auftrag des Tierhalters zu handeln.

Bevollmächtigter Vertreter:

Name: _____ Tel.: _____

Zahlung:

Bar EC-Cash *beide Varianten vor Ort*

Rechnung nur nach vorheriger Absprache und Angabe des Geburtsdatums (-- möglich, vorbehaltlich einer Bonitätsprüfung bei der SCHUFA Holding AG. Innerhalb Deutschlands

Angaben zum behandelnden Tier:

Name: _____

Lebensnummer: _____ Chipnummer: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: _____ Farbe: _____

Schlachtpferd: Ja

Nein, bitte im Pass anpassen

Versicherung

Bitte reichen Sie uns die Daten ein: OP-Versicherung: Ja

Krankenversicherung: Ja

Allgemeine Geschäftsbedingungen

Sehr geehrter Patientenbesitzer, sehr geehrter bevollmächtigter Vertreter, Sie haben heute ihr Pferd zur Untersuchung, Behandlung und/oder Operation vorgestellt. Ich danke für das mir entgegengebrachte Vertrauen und werde selbstverständlich alles dafür tun, Ihr Pferd bestmöglich zu versorgen! In Ausnahmefällen kann es zu Komplikationen kommen, über die ich Sie im Rahmen der Aufklärungspflicht informieren möchte:

- 1. Die Untersuchung und Behandlung erfolgt nach vorheriger Anmeldung. Der Besitzer/Bevollmächtigte ist verpflichtet, bei der Aufnahme die Untugenden des Tieres anzugeben.*
- 2. Die Pferdepraxis Sigrun Klose ist berechtigt, erforderliche Behandlungen (auch OP's) oder die notwendig werdende sofortige Nottötung des Tieres ohne ausdrückliche Genehmigung des Besitzers durchzuführen. In solchen Fällen ist es eine Selbstverständlichkeit, dass vorab immer der Tierbesitzer/Bevollmächtigter kontaktiert und informiert sowie das weitere Handeln abgestimmt wird.*
- 3. Eine Gewähr für das Gelingen einer Operation oder einer erfolgreichen Behandlung wird in keinem Fall gegeben. Es kann trotz fachgerechter Durchführung bei jeglichen tierärztlichen Eingriffen zu Komplikationen wie infektiösen, allergischen oder sonstigen Folgeerkrankungen, sowie Thrombosen kommen.*
- 4. Für durch Unglücksfälle, Infektionen oder durch leicht fahrlässiges Verhalten des Praxispersonals entstehende Schäden oder Verluste von Tieren haftet die Pferdepraxis Sigrun Klose nicht. Ausgeschlossen sind ebenfalls Ansprüche auf Nachbesserung, Wiederholung der Operation, auf Minderung des Honorars und auf Schadenersatz.*
- 5. Der Besitzer/Bevollmächtigte ist informiert, dass jede Operation bzw. intensive Behandlung eine deutlich höhere Belastung für das Pferd und ein erhöhtes gesundheitliches Risiko darstellt. Auch ist der Besitzer/Bevollmächtigte auf die Risiken einer OP und der erforderlichen Narkose hingewiesen worden. Der ausführliche Aufklärungsbogen wurde gelesen und verstanden.*
- 6. Der Besitzer/Bevollmächtigte erklärt sich bereit, dass infolge eines Therapienotstandes das o.g. Pferd mit Arzneimitteln behandelt wird, die nicht für die Anwendung bei Pferden oder anderen Lebensmittel liefernden Tieren zugelassen sind. Aufgrund dieser Tatsache ist dem Besitzer/Bevollmächtigtem bekannt, dass das o.g. Pferd nicht der Lebensmittelgewinnung zugeführt werden kann und dass eine Verwertung des o.g. Pferdes zur Gewinnung von Lebensmitteln ein Vergehen gegen das Lebensmittel - und Bedarfsstoffgesetz darstellt und als Straftat geahndet werden kann. Der Besitzer/Bevollmächtigte hat umgehend dafür zu sorgen, dass eine entsprechende Eintragung als ‚Nicht- Schlachttier‘ in den Pferdepass erfolgt.*
- 7. Die Pferdepraxis Sigrun Klose ist berechtigt, Ihnen Rechnungen auf elektronischem Wege zu kommen zu lassen. Elektronische Rechnungen werden Ihnen im PDF Format per Mail zur Verfügung gestellt. Sie sind verpflichtet uns bei Änderung Ihrer E-mail Adresse zeitnah hierüber zu informieren.*
- 8. Der Unterzeichner hat die o.g. Bedingungen zur Kenntnis genommen. Der Unterzeichner versichert, dass er diesen Vertrag auch im Namen und für Rechnung des Besitzers schließt.*

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Personalien und gebe den Auftrag zur Untersuchung des o.g. Pferdes. Falls es erforderlich ist, ermächtige ich die Pferdepraxis Sigrun Klose, Leistungen Dritter (Labor, Schmied, u.ä.) in Anspruch zu nehmen. Ich habe außerdem die Vertragsbedingungen gelesen und akzeptiert.

Datum:

Unterschrift:

Einwilligungserklärung zur Datennutzung

Name: _____

Adresse: _____

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die Pferdepraxis Sigrun Klose meine auf dem Anmeldeformular angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhebt.

Ich wurde auf die Datenschutzerklärung auf der Homepage der Pferdepraxis Sigrun Klose (<https://pferdepraxis-sigrunklose.de/index.php/privacy-policy/>) hingewiesen und habe mir diese gründlich durchgelesen. Außerdem wurde Ich darüber unterrichtet, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne triftigen Grund widerrufen kann und meine Daten in diesem Falle vernichtet werden.

Für jede darüberhinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen, ebenso für eine Weiterleitung an Dritte, bedarf es regelmäßig Ihrer Einwilligung. Eine solche Einwilligung können Sie nachfolgend freiwillig erteilen.

Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken

Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt werden dürfen, dass diese Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen tierärztlicher Überweisungen bzw. Rück-Überweisungen an andere Tierarztpraxen, -kliniken sowie im Rahmen weiterführender Diagnostik an Untersuchungslabore und Institute übermittelt werden dürfen und dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Falle der Inanspruchnahme des Hufschmiedes an diesen übermittelt werden dürfen. Des Weiteren willige ich ein, dass mich die Pferdepraxis Sigrun Klose per Post, Fax, SMS, WhatsApp oder Mail über Laborergebnisse und Terminplanungen und Sonstiges informieren darf und dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen von getätigten Abtretungserklärungen an Versicherungen (z.B.: Uelzener, Allianz, RV etc.) übermittelt werden dürfen. Außerdem willige ich ein, dass die erhobenen Daten auch im Rahmen einer Weiterführung der Pferdpraxis Sigrun Klose durch einen Nachfolger weiter bestimmungsgemäß genutzt werden dürfen.

Es kann vorkommen, dass Fotos und Videos gemacht werden. Diese werden im Rahmen der Marketingmaßnahmen der Pferdepraxis Sigrun Klose auf diversen Social-Media-Kanälen gepostet. Bitte setzen Sie hier ein Kreuzchen, wenn Sie einwilligen, dass die Fotos Ihres Pferdes zu Marketingzwecken benutzt werden können.

Ja, ich bin damit einverstanden, dass die Pferdepraxis Sigrun Klose im Rahmen der Behandlung Bildmaterial von meinem Tier anfertigt und dieses für öffentliche Werbezwecke im Print-und Onlinebereich (unter Ausschluss der Veröffentlichung personenbezogener Daten) nutzt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Datenschutz-Erklärung zur Kenntnis genommen zu haben und willige hiermit ausdrücklich ein.

Datum / Unterschrift

Name in Druckbuchstaben, wenn nicht Halter