

# Patientenaufnahmeschein Vögel

Angaben zum Auftraggeber:		
Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ	Wohnort
Telefon privat	Telefon dienstlich	
Mobiltelefon	E-Mail	

Ich versichere, dass ich der Halter des Tieres und berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistungen der Tierarztpraxis Dr. Riedel zu schließen. Falls ich nicht 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 entstehenden Kosten aus der Behandlung aufkomme. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Personalien und gebe den Auftrag zur Untersuchung / Behandlung bzw. Operation des o. g. Tieres. Falls es zur Diagnosefindung erforderlich ist, ermächtige ich die Praxis, Leistungen Dritter (Labors, Spezialuntersuchungsanstalten u.Ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.

Die nachfolgenden Informationen zur elektronischen Datenverarbeitung und –speicherung habe ich gelesen und stimme der Verarbeitung meiner Daten zu.

#### Allgemeine Datenschutzhinweise:

Der Datenschutzbeauftragte unserer Praxis ist Dr. Ulf Riedel.

Unsere Tierärzte wie auch unsere nichttierärztlichen Mitarbeiter sind aufgrund:

- § 203 Strafgesetzbuch (StGB, Verletzung von Privatgeheimnissen),
- § 17 Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb (UWG, Verrat von Geschäfts- und Betriebsgeheimnissen)
- der Besonderen Geheimhaltungsvorschriften unserer Praxis zur Berufsverschwiegenheit verpflichtet.

Zur Verschwiegenheit zählen der Umstand des Zustandekommens des Patientenverhältnisses und sämtliche Informationen, die der Patientenbesitzer uns im Rahmen des Patientenverhältnisses in Bezug auf sich selbst oder sein Tier bzw. dessen Einsatz, Beschaffenheit, Vorerkrankungen oder tierärztliche Vorbehandlungen mitteilt. Bitte beachten Sie, dass ein Mandatsverhältnis nicht schon mit einer Anfrage zustande kommt. Dennoch werden wir Informationen, die sich aus solchen Anfragen ergeben, ebenfalls vertraulich behandeln.

Sämtliche für unsere Praxis tätigen Personen sind mit den Datenschutz- und Geheimhaltungsvorschriften vertraut und entsprechend eingearbeitet. Wir speichern die von Ihnen gemachten persönlichen Angaben, die Daten Ihres Tieres und dessen Krankheitsgeschichte, sämtliche gewonnenen Erkenntnisse aus unseren Untersuchungen inkl. Ergebnisse bildgebender Verfahren und Behandlungen wie auch sämtliche Daten der Fakturierung und des Zahlungsverkehrs. Selbstverständlich geben wir ohne entsprechende Vollmacht keine Daten an Dritte weiter. Eine Ausnahme hiervon stellen Überweisungen von tierärztlichen Kollegen dar, da wir dem Kollegen telefonisch wie auch schriftlich über unsere Untersuchungen und Behandlungen informieren, damit die künftige Versorgung Ihres Tieres weiterhin durch möglichst vollständiges Wissen um dessen Krankheitsgeschichte gewährleistet bleibt. Mit Ihrer Unterschrift bevollmächtigen Sie uns zu dieser Vorgehensweise.

**Abrechnung:** Der Unterzeichner verpflichtet sich, die für die tierärztliche Behandlung des Tieres nach der zurzeit gültigen Gebührenordnung für Tierärzte (GOT) entstehenden Kosten in **bar oder per EC** zu begleichen.

Ich bin über den Umstand in Kenntnis gesetzt worden, dass die aus der Untersuchung, Behandlung und Betreuung meines Tieres sowie der Medikamentenanwendung oder -abgabe, Futtermittel-, Futterzusatzmittel- oder Zubehörabgabe entstehende Forderung bei Rechnungs-/Ratenzahlern an die Verrechnungsstelle BFS Health Finance GmbH abgetreten wird. Diese sendet mir die Rechnung und die Zahlungsmodalitäten zu. Mit der Weitergabe der Daten an die Verrechnungsstelle BFS Health Finance GmbH erkläre ich mich einverstanden.

**Für sämtliche Auseinandersetzungen erkenne ich Frankfurt am Main als Gerichtsstand an.**

Ist eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam, werden die übrigen Bestimmungen dieses Vertrages in ihrer Wirksamkeit nicht berührt. Die unwirksame bzw. undurchführbare Bestimmung ist durch eine solche Bestimmung zu ersetzen, die dem wirtschaftlich von den Vertragsparteien Gewolltem am nächsten kommt. Gleiches gilt im Falle einer Vertragslücke.

Datum:	Unterschrift:

Landestierärztekammer Hessen  
Bahnhofstr. 13  
65527 Niedernhausen  
[www.ltk-hessen.de](http://www.ltk-hessen.de)

Bayrischer Versicherungsverband  
Warnauerstr. 30  
81539 München  
[www.versicherungskammer-bayern.de](http://www.versicherungskammer-bayern.de)

#### Berufsrechtliche Regelungen

**Berufsbezeichnung** Tierarzt lt. Approbation  
verliehen in: Bundesrepublik Deutschland

Berufsordnung der Landestierärztekammer Hessen  
einsehbar auf: [www.ltk-hessen.de](http://www.ltk-hessen.de)  
Approbationsbehörde Regierungspräsidium Giessen

Name:	Vogelart:
Geschlecht: männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	unbekannt <input type="checkbox"/>
Farbe:	Geburtsdatum:
Ring-/Chipnummer:	
In Besitz seit:	und lebt als:
Einzeltier: <input type="checkbox"/> mit anderen Artgenossen: <input type="checkbox"/>	mit anderen Vogelarten: <input type="checkbox"/>
Der Vogel stammt aus:	
Tierheim: <input type="checkbox"/> Züchter: <input type="checkbox"/> Zoogeschäft: <input type="checkbox"/>	Privat: <input type="checkbox"/>

<u>Haltung</u>	
Käfiggröße ca.: Länge: _____ Breite: _____ Höhe: _____	
Standort des Käfigs: _____	
Käfighaltung im Haus: _____ Käfighaltung mit Freiflug: _____	
Reine Außenhaltung: _____	
Temperatur von: _____ °C bis _____ °C	unbekannt
Rel. Luftfeuchtigkeit: _____ %	unbekannt

<u>Fütterung</u>	
Art: _____	Häufigkeit: _____
Vitamin/Mineralstoffgabe: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Handelsname, Menge, Häufigkeit: _____	
Wasserangebot: Art: _____	Häufigkeit: _____

<u>Erkrankungen:</u>	
Frühere Erkrankungen des Tieres: ja, welche: _____	nein <input type="checkbox"/>
Frühere/weitere Erkrankungen im Bestand: ja, welche _____	nein <input type="checkbox"/>

Grund der Vorstellung: \_\_\_\_\_

Überweisender Tierarzt: \_\_\_\_\_