



DR. HIRSCH
TIERÄRZTLICHE PRAXIS

Tierärztliche Praxis für Kleintiere

Dr. med. vet. Patrick Hirsch
Dr. med. vet. Maja Hirsch
Fachärztin für Kleintiere
Schwerpunkt Augenheilkunde
(angestellte Tierärztin)

Sprechzeiten:
Mo, Di, Do, Fr 10:00 – 12:00 Uhr
Mo – Fr 16:00 – 18:30 Uhr

ANMELDUNG

ANGABEN ZUM AUFTRAGGEBER:

Name: _____ Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl: _____ Wohnort: _____

Telefon (tagsüber/abends): _____ Mobiltelefon: _____

Mail: _____

ANGABEN ZUM PATIENTEN:

Rufname des Tieres _____

Tierart/ Rasse _____

Fellfarbe _____

Geburtsdatum/geschätztes Alter _____

Geschlecht männlich weiblich

Kastration ja nein

Tätowierung/Mikrochipnummer: _____

Freigänger (nur bei Katzen): ja nein

Tierkrankenversicherung: nein ja

Wenn ja: Versicherungsgesellschaft: _____

Bisherige Erkrankungen, Operationen: _____



DR. HIRSCH
TIERÄRZTLICHE PRAXIS

Tierärztliche Praxis für Kleintiere

Dr. med. vet. Patrick Hirsch
Dr. med. vet. Maja Hirsch
Fachtierärztin für Kleintiere
Schwerpunkt Augenheilkunde
(angestellte Tierärztin)

Sprechzeiten:

Mo, Di, Do, Fr 10:00 – 12:00 Uhr
Mo – Fr 16:00 – 18:30 Uhr

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistungen der Tierärztlichen Praxis Dr. Hirsch zu schließen. Falls ich nicht Halter des Tieres bin, versichere ich, im ausdrücklichen Auftrag des Tierhalters zu handeln. Falls ich keine Bevollmächtigung habe oder der Tierhalter diese in Abrede stellt, 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 (Laboratorien, Spezialuntersuchungsanstalten u. Ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.

Ich bezahle meine Rechnung sofort am Behandlungs-/ Operationstag bar oder mittels EC-Karte.

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

Unsere Tierärzte, wie auch unsere nicht - tierärztlichen 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.

Ort/Datum

Unterschrift