Patientenaufnahmeschein

Kleintierpraxis Uta Voit ~ Am Geiersbühl 7 in 07907 Schleiz ~ Fax 03663/420250 ~ E-Mail uta.voit@gmx.de

Behandlungsauftrag:

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und deshalb berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung erforderlicher Behandlungen und Operationen zu schließen, ich versichere ferner, dass ich willens und in der Lage bin, die dadurch entstehenden Kosten zu tragen. Ich erkläre in diesem Zusammenhang, dass ich mich zum Zeitpunkt dieser Erklärung in keinem gerichtlichen Schuldenverfahren befinde, und dass das Schuldnerverzeichnis des für mich zuständigen Amtsgerichts keine Eintragungen über meine Person aufweist. Sofern 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 aufkommen werde. Soweit es zur Diagnosefindung erforderlich ist, ermächtige ich die Inhaberin Frau Uta Voit und die Mitarbeiter dieser Praxis, Leistungen Dritter (Labors, Spezialuntersuchungsanstalten, Kleintierkliniken u.ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen. Ich zahle die entstehenden Kosten sofort in bar oder per EC-Karte. Röntgen-, Ultraschallbilder sowie Laborergebnisse bleiben Eigentum der Praxis, können bei Bedarf an o.g. Spezialisten übermittelt und/oder dem Tierhalter auf elektronischem Medium/ in Papierform ausgehändigt werden. Ich willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für die Befunderhebung/ Behandlung/ Abrechnung ein (Datenschutzinformation in der Praxis einsehbar).

Schleiz,

Unterschrift:

Patientenaufnahmeschein

Kleintierpraxis Uta Voit ~ Am Geiersbühl 7 in 07907 Schleiz ~ Fax 03663/420250 ~ E-Mail uta.voit@gmx.de

Für unsere Patientenkartei erbitten wir folgende Angaben:

Name des Auftraggebers: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Fax: _____ E-Mail: _____

Impferinnerungen per E.Mail erwünscht: ja nein

Anmerkung: _____

Patient: _____

Rufname des Tieres: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: mnl. wbl. kastriert

Tierart: _____ Rasse: _____

Fellfarbe/Besonderheiten: _____

Unverträglichkeiten/Dauermedikation: _____

Haustierarzt: _____

Tier- Krankenversicherung: nein ja, bei Gesellschaft: _____

Alle Angaben entsprechen der Wahrheit und dem derzeit aktuellen Stand.

Bitte wenden !