



KleinTierPraxis Henriette Bendlin

Patientenaufnahmebogen

Angaben zum Besitzer:

Name: _____

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ Hausnummer: _____

Postleitzahl: _____ Wohnort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail-Adresse: _____

Angaben zum Tier:

Name: _____ Tierart: _____

Rasse: _____ Geburtsdatum: _____

Farbe: _____ Geschlecht: _____

Chipnr.: _____ Kastriert: ja nein

Allergien: _____

Dauermedikamente: _____

Krankenversicherung: _____

Vorstellungsgrund: _____

Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden: _____

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und erkläre mich einverstanden, direkt im Anschluss an jede Behandlung bar oder mittels EC-Karte zu zahlen.

Ort, Datum _____

Unterschrift: _____



Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken

Kleintierpraxis Henriette Bendlin
Borwinstraße 21
18057 Rostock
0381 – 33718662
info@tierarzt-ktv.de

Mit meiner Unterschrift willige ich, _____, darin ein, dass die Tierarztpraxis Bendlin meine auf der Anmeldung angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhebt.

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 nachfolgend freiwillig erteilen.

Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken

(bitte ankreuzen)

- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt werden dürfen
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen tierärztlicher Überweisungen an andere Tierarztpraxen, -kliniken übermittelt werden dürfen.
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen weiterführender Diagnostik an Untersuchungslabore und Institute übermittelt werden dürfen.
- Ich willige ein, dass mich die Tierarztpraxis Bendlin telefonisch über Laborergebnisse und Terminplanung informiert.
- Ich willige ein, dass mich die Tierarztpraxis Bendlin per Post und/oder E-Mail informiert.
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch im Rahmen einer Weiterführung der Praxis durch einen Nachfolger weiter bestimmungsgemäß genutzt werden dürfen.

Sie haben jederzeit das Recht, Ihre Einwilligung zu widerrufen.

Ort/Datum _____

Unterschrift _____