



ANMELDEFORMULAR OPERATION

1. PATIENTENBESITZER/AUFTRAGGEBER

Nachname/Vorname _____

Straße/Hausnummer _____

PLZ _____ Ort _____

Telefon/Handy _____ E-Mail _____

Geburtsdatum _____

Abweichende Rechnungsadresse _____

2. TIER

Name _____ Tierart _____ Rasse _____

Farbe _____ Geburtsdatum _____

Tetanus Impfung ja nein Letzte Impfung _____

Schlachtpferd ja nein

Geschlecht Hengst Wallach Stute

Grund des heutigen Besuchs (OP Indikation?) _____

Bekannte Allergien/Unverträglichkeiten/Vorerkrankungen _____

Überweisender Haustierarzt (Kontaktdaten) _____

Versicherung ja nein Versicherungsnummer _____

Versicherungsgesellschaft _____

3. BEHANDLUNGSBEDINGUNGEN

Der Eigentümer oder bevollmächtigte Vertreter bestätigt hiermit berechtigt zu sein, einen Vertrag über die Durchführung erforderlicher Behandlungen und Operationen zu schließen.

1. Zur erfolgreichen Behandlung ist es notwendig, dass die erhobenen Daten, soweit zur Diagnosefindung erforderlich, im Rahmen weiterführender Diagnostik an Untersuchungslabore und Institute unverschlüsselt per E-Mail, Schnittstelle oder Fax übermittelt werden.
2. Ich berechne Leistungen, die ich für Ihr Tier erbringe gemäß der Gebührenordnung für Tierärzte, der GOT. Die Kosten für Behandlungen und Operationen Ihres Tieres werden am Ende der Konsultation fällig. Ich bitten Sie zu beachten, dass für Notdienst-, Nacht-, Wochenendbehandlungen und Notoperationen gemäß der GOT erhöhte Gebühren anfallen.



Pferdezahnmobil

TIERÄRZTIN MAREN SCHREIBER

ZUSATZBEZEICHNUNG: ZAHNHEILKUNDE PFERD

ANMELDEFORMULAR OPERATION

4. EINWILLIGUNG ZUR NUTZUNG MEINER KONTAKTDATEN

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| zum Versand des Zahnbefundbogens/der Rechnung per E-Mail | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| zum Versand von Informationen zum Behandlungsverlauf | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| zum Versand von Erinnerungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Ich habe die „Informationen zum Datenschutz“ erhalten. Mit meiner Unterschrift bestätige ich den Inhalt dieses Vertrages, die Richtigkeit meiner Personalien, sowie der gemachten Angaben und akzeptiere die Behandlungsbedingungen:

Ort, Datum

Unterschrift des Auftraggebers*

*Als Bevollmächtigter versichere ich, Kraft ausdrücklichen Auftrags des Eigentümers oder des Tierhalters zu handeln.