



Pferdezahnmobil

TIERÄRZTIN MAREN SCHREIBER

ZUSATZBEZEICHNUNG: ZAHNHEILKUNDE PFERD

ANMELDEFORMULAR

1. PATIENTENBESITZER/AUFTRAGGEBER

Nachname/Vorname _____

Straße/Hausnummer _____

PLZ _____ Ort _____

Telefon/Handy _____ E-Mail _____

2. TIER

Name _____ Tierart _____ Rasse _____

Farbe _____ Geburtsdatum _____

Tetanus Impfung ja nein Letzte Impfung _____

Schlachtpferd ja nein

Geschlecht Hengst Wallach Stute

Bekannte Allergien/Unverträglichkeiten/Vorerkrankungen _____

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.

4. EINWILLIGUNG ZUR NUTZUNG MEINER KONTAKTDATEN

zum Versand des Zahnbefundbogens/der Rechnung per E-Mail ja nein

zum Versand von Informationen zum Behandlungsverlauf ja nein

zum Versand von Erinnerungen ja 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.