



# 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.