

PATIENTENAUFNAHMEBOGEN

Für korrekte Einträge in unsere Patientendatei und die Rechnungserstellung erbitten wir folgende Angaben. Diese werden bei uns elektronisch verarbeitet und gespeichert.

Angaben zum Auftraggeber	
Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	
Straße:	
PLZ / Wohnort:	
Telefon:	
E-Mail:	

Angaben zum Patienten			
Name:			
Tierart:	Rasse:		
Geburtsdatum:			
Geschlecht:	<input type="radio"/> weiblich	<input type="radio"/> männlich	<input type="radio"/> kastriert
Farbe:			
Chip-Nr.:			
Wird das Tier privat oder gewerblich genutzt? <input type="radio"/> privat		<input type="radio"/> gewerblich	

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistungen der Tierarztpraxis Görner zu schließen. Falls 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 aufkomme.

Ich bin darüber in Kenntnis gesetzt worden, dass gemäß § 271 und §614 des BGB, die Kosten für medizinische Leistungen und Medikamente sofort fällig sind.

Sie können bei uns bar oder bequem mit EC-Karte bezahlen. Davon abweichende Zahlungsmodalitäten sprechen Sie bitte vor der Behandlung mit dem Tierarzt ab. Die Vorlage eines gültigen Personalausweises ist hierzu zwingend erforderlich, um eine kostenpflichtige Bonitätsauskunft einzuholen.

Ich bezahle meine Rechnung (bitte ankreuzen)	
<input type="radio"/> bar	<input type="radio"/> per EC-Karte

Mit meiner ersten Unterschrift bestätige ich, dass ich den Patientenaufnahmeschein vollständig gelesen habe, ich bestätige die Richtigkeit meiner Personalien und gebe den Auftrag zur Untersuchung/Behandlung bzw. Operation des o.g. Tieres.

Datum	Unterschrift
Jüterbog, den	

Mit meiner zweiten Unterschrift erteile ich mein Einverständnis zur Weitergabe/Verwendung meiner Daten (bitte ankreuzen bzw. streichen)

an andere Tierärzte oder Kliniken zur Weiterbehandlung

an Labore und Institute zum Zwecke der Diagnostik

für den Bezug von Impferinnerungen aus unserer Praxis

Mein insoweit erteiltes Einverständnis kann ich jederzeit schriftlich widerrufen.

Datum	Unterschrift
Jüterbog, den	

Hiermit bestätige ich zusätzlich, dass diese Vereinbarung auch für zukünftige Behandlungen gilt.

Datum	Unterschrift
Jüterbog, den	