



# Tierarztpraxis Septemberwiese

Neuendorf 7 - 15848 Beeskow - Mobil 0152/ 216 09 860  
Email: [kontakt@landhof-septemberwiese.de](mailto:kontakt@landhof-septemberwiese.de)  
www.landhof-septemberwiese.de

## Behandlungsvertrag/ Patientenaufnahme

Pferd:

### Stammdaten Besitzer

Besitzer: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

### Stammdaten Tier

Name: \_\_\_\_\_ im Besitz seit: \_\_\_\_\_ Anzahl Vorbesitzer: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_ Rasse: \_\_\_\_\_ Farbe: \_\_\_\_\_

Chip-Nr.: \_\_\_\_\_ Lebensnummer: \_\_\_\_\_

Equidenpass-Nr.: \_\_\_\_\_ Schlachtstatus laut Pass:  Schlachttier  Nicht-Schlachttier

Tierkrankenversicherung:  nein  ja, bei Gesellschaft: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Tierarzt: \_\_\_\_\_ Hufschmied: \_\_\_\_\_ Therapeut: \_\_\_\_\_

Zahnarzt: \_\_\_\_\_ Futterberater: \_\_\_\_\_ sonstige: \_\_\_\_\_

Gesundheitsprobleme von Geschwistern:

---

### Anamnese

#### Vorstellungsgrund:

#### Beschwerden

permanent  intermittierend, seit wann: \_\_\_\_\_, nach  Ruhephase  Belastung

Probleme mit Hindernissen:  nein  ja \_\_\_\_\_

rechtzeitiges Anhalten möglich:  ja  nein \_\_\_\_\_

derzeitige Medikamente: \_\_\_\_\_

---

### Allgemeines

Futter  Müsli  Pellets  Hafer  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Ergänzungsfuttermittel: \_\_\_\_\_

Intervall:  einmal täglich  zweimal täglich  dreimal täglich

Heugabe:  einmal täglich  zweimal täglich  dreimal täglich  zur freien Verfügung

Wasseraufnahme: Selbsttränke/ Eimer/ Besonderheiten \_\_\_\_\_

Haltungsform  Box  Paddockbox  Offenstall  Koppel, wieviel Stunden: \_\_\_\_\_

Zustand: Stallhygiene:  gut  mittel  schlecht Paddock:  Drainage  feucht/matschig  staubig

Koppel:  üppig  karg Einstreu:  Späne  Stroh Anmerkungen: \_\_\_\_\_

Nutzung  Dressur  Springen  Western  Freizeit  Kutsche  sonstiges: \_\_\_\_\_

Intervall:  täglich  mehrmals pro Woche  einmal pro Woche

Unterricht: (wie oft & Reitlehrer) \_\_\_\_\_

Sattel: Schweißbild: \_\_\_\_\_ Zustand: \_\_\_\_\_ letzte Prüfung: \_\_\_\_\_

Zäumung: \_\_\_\_\_ Gebiss: \_\_\_\_\_

Pferd-Mensch-Beziehung \_\_\_\_\_

---

- Tierarztpraxis • Pferdedentalpraxis • Tierphysiotherapie • Tierakupunktur • Veranstaltungen •

## Eigenheiten des Pferdes

Zwangshandlungen:  Koppen  Weben  Kreiseln  Head-Shaking  Shivering  Treten/ Beißen  
 Sonstige: \_\_\_\_\_ Auslöser: \_\_\_\_\_ berührungsempfindlich: \_\_\_\_\_  
 Psyche: Rang in der Herde: \_\_\_\_\_ Verhalten beim Reiten/Arbeiten: \_\_\_\_\_  
 Veränderungen im Stall:  Umzug  neues Pferd im Stall  Tod eines Artgenossen  
 Neuer Pfleger  Futterumstellung  Sonstige: \_\_\_\_\_

## Allgemeine Angaben zum Gesundheitszustand

Impfungen:  Tetanus am: \_\_\_\_\_  Influenza am: \_\_\_\_\_ Turnierpferd  ja  nein  
 Herpes am: \_\_\_\_\_  West-Nil Virus am: \_\_\_\_\_  
 Wurmkur: \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_ Ektoparasiten (Zecken, Haarlinge etc.): \_\_\_\_\_  
 Letzter Zahnarzttermin: \_\_\_\_\_ Intervall: \_\_\_\_\_ letzter Schmiedetermin: \_\_\_\_\_  
 Intervall: \_\_\_\_\_ Hornqualität: \_\_\_\_\_ Strahlfäule: \_\_\_\_\_ Mauke: \_\_\_\_\_  
 Beschlag:  ja  nein Beschlagart: \_\_\_\_\_ Eisen abtreten: \_\_\_\_\_  
 Vorerkrankungen: \_\_\_\_\_

Auslandsaufenthalt: \_\_\_\_\_

Unfall: \_\_\_\_\_ Klinik: \_\_\_\_\_  
 OP: \_\_\_\_\_ Röntgen: \_\_\_\_\_  
 Allergien/Unverträglichkeiten: \_\_\_\_\_  
 Hustet das Tier bei Belastung:  ja  nein Legt sich das Pferd hin?: \_\_\_\_\_  
 Zeigt das Pferd  vermehrt oder  vermindernden Appetit  nein.  Heuwickel im Trog  
 Hat es Durchfall:  ja  nein Kotkonsistenz: \_\_\_\_\_ Absatzhäufigkeit: \_\_\_\_\_  
 Urinabsatz: \_\_\_\_\_ Urinfarbe: \_\_\_\_\_ Absatzhäufigkeit: \_\_\_\_\_

## Vorsorge- oder Zuchtuntersuchungen

Anzahl der Fohlen: \_\_\_\_\_ Anzahl Deckakte/ Jahr: \_\_\_\_\_ letzte Rosse: \_\_\_\_\_  
 Auffälligkeiten: \_\_\_\_\_ Kastrationsnarbe: \_\_\_\_\_ Brandzeichen: \_\_\_\_\_

## Tierärztlicher Behandlungsvertrag

Sie beauftragen uns mit der Untersuchung, Behandlung und/oder ggf. der Operation des Tieres. Sie versichern, dass sie der Halter des Tieres und deshalb berechtigt sind, einen Vertrag über die Durchführung erforderlicher Behandlungen zu schließen, und/oder z.B. im Auftrag des Tierhalters zu handeln und dieser mit der Behandlung einverstanden ist. Der hier unterzeichnete Behandlungsvertrag gilt bis zum schriftlichen Widerruf durch einen Vertragspartner. Unabhängig davon versichern Sie, dass Sie uns persönlich die dabei nach der Gebührenordnung für Tierärzte (GOT) anfallenden Gebühren und Kosten, gegen Erhalt einer entsprechenden Rechnung bezahlen werden. Bei Vorstellung des Tieres im Notdienst (Mo.-Fr. von 18:00-08:00 Uhr sowie am Wochenende und Feiertagen) fallen erhöhte Gebühren und ein Zuschlag nach der GOT an. **Sie erklären, dass Sie die entstehenden Kosten im Rahmen der Zahlungsfrist von 14 Tagen nach Erhalt der Rechnung begleichen. Die Rechnung wird Ihnen per Mail zugestellt, sollten Sie keine Email-Adresse angegeben haben, so dass diese per Post zugestellt werden muss, berechnen wir einen Zuschlag für Porto und Material in Höhe von 2,-€. Bei Zahlungsverzug wird der Vorgang nach Zahlungserinnerung an Creditreform übergeben und es entstehen zusätzliche Kosten.**

Sie erklären in diesem Zusammenhang, dass Sie sich zum Zeitpunkt dieser Erklärung in keinem gerichtlichen Schuldenverfahren befinden und dass das Schuldenverzeichnis des für Sie zuständigen Amtsgerichts keine Eintragungen über Ihre Person aufweist.

Soweit es zur Diagnosefindung erforderlich ist, ermächtigen Sie uns, Leistungen Dritter (Labors, Spezialuntersuchungen u. ä.) in Ihrem Namen und auf Ihre Rechnung in Anspruch zu nehmen.

Auf Nachfrage erteilen wir Ihnen vor der Behandlung eine Gebühren- und Kostenschätzung.

Auf unserer Internetseite finden Sie weiterhin alle wichtigen Informationen und Aufklärungsbögen für zum Beispiel Sedierungen, Zahnbehandlungen oder Operationen, deren Kenntnis darüber Sie hiermit unterzeichnen.

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen Erziehungsberechtigter)

## Datenschutzbestimmungen

Hiermit stimme ich der Verarbeitung meiner Daten im Sinne der DSGVO zu. Ich erteile die Einwilligung, dass die Praxis meine auf der Anmeldung angegebenen Daten zum Zwecke der Durchführung des obigen und künftiger Behandlungsverträge mit der Praxis erhebt und verarbeitet. Die Datenverarbeitung erfolgt auf

Grundlage des Art. 6 Abs. 1a, b und f DSGVO. Die Datenschutzerklärung der Praxis ist unter [www.landhof-septemberwiese.de](http://www.landhof-septemberwiese.de) einsehbar, kann Ihnen aber auch auf Verlangen von der Praxis als Ausdruck zur Verfügung gestellt werden.

Weiterhin erteile ich hiermit meine Einwilligung dahingehend,

- dass die erhobenen Daten - soweit erforderlich und notwendig- im Rahmen tierärztlicher Überweisung an andere Tierarztpraxen bzw. -kliniken übermittelt werden dürfen
- dass die erhobenen Daten -soweit erforderlich und notwendig- im Rahmen weiterführender Diagnostik an Untersuchungslabore und -institute übermittelt werden dürfen
- dass die erhobenen Daten, wenn das Tier versichert ist, an die entsprechende Kranken-/ OP-Versicherung übermittelt werden dürfen
- dass die erhobenen Daten auch an eine externe Verrechnungsstelle weitergegeben werden dürfen
- dass die Praxis mich telefonisch, per unverschlüsselter E-Mail, per WhatsApp (sofern vorhanden) und/oder Post über tierärztliche Behandlungs- und Laborergebnisse und die weitere Terminplanung der tierärztlichen Behandlung (inkl. Impf- und Behandlungserinnerungen) informiert und mich entsprechend kontaktiert
- dass die Praxis mich telefonisch, per unverschlüsselter E-Mail, per WhatsApp (sofern vorhanden) und/oder Post aktuell und gezielt über ihre Dienstleistungen, Projekte, Kundenbindungsmaßnahmen etc. informiert und mich entsprechend kontaktiert
- Dass, sofern ich dies wünsche, meine Tiere über die Praxissoftware bei Tasso (Haustierregister) registriert werden und die dazu entsprechend notwendigen Daten an das Haustierregister übermittelt werden. Ich bin mit der Weitergabe meiner personenbezogenen Daten zur Rückvermittlung meiner Tiere einverstanden.

---

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen Erziehungsberechtigter)

---

### Untersuchung mit Röntgenstrahlung am Tier

Im Rahmen der tierärztlichen Untersuchung kann es notwendig werden weiterführende Diagnostik in Form von Röntgenuntersuchungen durchzuführen. Sie willigen mit ihrer Unterschrift ein, dass Sie eine einwilligungsfähige Person sind, die das 18. Lebensjahr vollendet hat und die außerhalb ihrer beruflichen Tätigkeiten freiwillig ein Tier begleiten, an dem in Ausübung der Tierheilkunde ionisierende Strahlung angewendet werden kann.

Bei einer Röntgenuntersuchung wird Röntgenstrahlung angewendet. Daher ist eine Exposition (Mitbestrahlung) der anwesenden Personen nicht auszuschließen. Schutzmaßnahmen -wie das Anlegen von Strahlenschutzbekleidung und die Position beim Festhalten des Tieres- sollen Ihre Strahlendosis so niedrig wie möglich halten. Die Strahlenmenge, die in unserer Praxis bei Beachtung der Schutzmaßnahmen den Körper des Tierhalters erreicht, ist durch Berechnung der sogenannten Ortsdosis als nicht messbar erachtet worden. Es ist sichergestellt, dass eine effektive Dosis von 1 Millisievert pro Kalenderjahr nicht erreicht werden kann (§35 Abs. 1 Satz 2 Röntgenverordnung).

Sie werden vor jeder Untersuchung auf die Gefahren hingewiesen. Folgen Sie unbedingt den Anweisungen des Personals.

Strahlenschutzbeauftragter der Tierarztpraxis Septemberwiese ist Frau Franziska Berger.

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass der Inhalt zur Kenntnis genommen wurde.

---

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen Erziehungsberechtigter)

---

### Widerrufsbelehrung

Ihre Einwilligung können Sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Datenverarbeitung und gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben vom Widerruf unberührt. Sofern Ihre Daten bei uns gemäß Art. 6 Abs. 1 S. 1f DSGVO verarbeitet werden, können sie gemäß Art. 21 DSGVO Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen. Ebenfalls kann ein Widerruf gegen den bestehenden Behandlungsvertrag erhoben werden. In diesem Fall bleiben alle vorherigen Handlungen im Rahmen des Behandlungsvertrages von diesem Widerruf unberührt. Der Widerruf ist schriftlich an die Tierarztpraxis Septemberwiese zu richten.

Wir bedanken uns für das entgegengebrachte Vertrauen  
Das Team vom Landhof Septemberwiese

Tierärztin Franziska Berger Tel. 0152 216 09 860  
In Vertretung Tierärztin Julia Pehleman Tel. 0179 547 14 68  
Pferdentalpraktiker Jörn Berger Tel. 0152 320 89 032