



Behandlungsvertrag/ Patientenaufnahme

Hund/ Katze:

Stammdaten Besitzer

Besitzer: _____ Telefon: _____
Straße: _____ PLZ/Ort: _____
Geburtsdatum: _____ Email: _____

Stammdaten Tier

Name: _____ im Besitz seit: _____ Anzahl Vorbesitzer: _____
Geschlecht: _____ Rasse: _____ Farbe: _____
Chip-Nr.: _____ EU-Ausweisnummer: _____
Tierkrankenversicherung: ☐ nein ☐ ja, bei Gesellschaft: _____
Versicherungsnummer: _____
Tierarzt: _____ Therapeut: _____ 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 ☐ Nassfutter ☐ Trockenfutter ☐ selbst gekocht ☐ B.A.R.F. (Rohfutter)

Ergänzungsfuttermittel: _____

Intervall: ☐ einmal täglich ☐ zweimal täglich ☐ dreimal täglich

Hungertage: ☐ einmal wöchentlich ☐ einmal im Monat ☐ nie

Wasseraufnahme: Wie viel trinkt der Hund?/ Besonderheiten _____

Haltungsform ☐ Wohnung ☐ Garten/Hof ☐ Zwinger Schlafplatz: _____

Gassirunden ☐ kurze Wege ☐ große Runden ☐ nie

Intervall: ☐ einmal täglich ☐ zweimal täglich ☐ dreimal täglich

Nutzung ☐ Familienhund ☐ Sport ☐ Agility ☐ Polizeihund ☐ Rettungshund ☐ sonstiges: _____

Intervall: ☐ einmal wöchentlich ☐ zweimal wöchentlich ☐ öfter

Halsband ☐ Nylon ☐ Leder ☐ Zughalsband ☐ Halti ☐ Stachelhalsband ☐ Geschirr

Zustand: _____ **Passgenauigkeit:** _____

Verhalten beim Gassigehen ☐ zieht an der Leine ☐ rennt und spielt ☐ läuft etwas herum ☐ trottet hinterher
Hund-Mensch-Beziehung _____

Eigenheiten des Hundes/Katze

Zwangshandlungen: ☐ Kreiseln ☐ Schwanzfangen ☐ Pfotenlecken ☐ Fell beißen ☐ am Zaun rennen

Sonstige: _____ Auslöser: _____ berührungsempfindlich: _____

Psyche: Rang im Rudel: _____ Verhalten mit Artgenossen: _____

Veränderungen im Haushalt: ☐ Umzug ☐ neues Familienmitglied ☐ Tod eines Familienmitgliedes

☐ Neues Haustier ☐ Haustier gestorben ☐ Sonstige: _____

Allgemeine Angaben zum Gesundheitszustand

Impfungen: ☐ SHPPi / Pi am: _____ ☐ L4 am: _____ ☐ T am: _____

Wurmkur: _____ am: _____ Ektoparasiten (Zecken etc.): _____

Vorerkrankungen: _____

Auslandsaufenthalt: _____

Unfall: _____ Klinik: _____

OP: _____ Röntgen: _____

Allergien/Unverträglichkeiten: _____

Bevorzugt das Tier: ☐ Wärme ☐ Kälte liegt das Tier bevorzugt auf einer Seite: ☐ rechts ☐ links ☐ egal

Sind Druckstellen vom Liegen vorhanden: _____

Hechelt das Tier bei Belastung: ☐ ja ☐ nein Hustet das Tier bei Belastung: ☐ ja ☐ nein

Zeigt das Tier ☐ vermehrt oder ☐ verminderten Appetit ☐ nein. Erbricht das Tier? ☐ Ja ☐ nein

Hat es Durchfall: ☐ ja ☐ nein Kotkonsistenz: _____ Absatzhäufigkeit: _____

Urinabsatz: _____ Urinfarbe: _____ Absatzhäufigkeit: _____

Vorsorge- oder Zuchtuntersuchungen

HD-Grad (r/l) ____/____ OCD-Grad: _____ ED-Grad (r/l) ____/____ Sonstige: _____

Kastration: _____ Hodenauffälligkeit: _____ Kastrationsnarbe: _____

Läufigkeitsintervall: _____ letzte Läufigkeit: _____ Scheinträchtigkeit: _____

Würfe: _____ durchschnittliche Wurfgröße: _____

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 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 Strahlenschutzkleidung 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 Pehlemann Tel. 0179 547 14 68

Pferdentallpraktiker Jörn Berger Tel. 0152 320 89 032