# VOLLMACHT FÜR TIERÄRZTLICHE BEHANDLUNG / OPERATION

Tiergesundheitszentrum Oerzen

## 1. HIERMIT ERTEILE ICH ALS EIGENTÜMER/IN /TIERHALTER/IN

Name ..... Vorname .....

Straße ..... Hausnummer .....

PLZ ..... Wohnort .....

Telefon ..... E-Mail .....

## 2. DES HAUSTIERES

Name des Tieres ..... Geburtsdatum .....

Tierart/Rasse .....

Geschlecht ○ weiblich ○ männlich ○ kastriert

Chip-/Kennzeichnungsnummer .....

## 3. HERRN/FRAU DIE VOLLMACHT

Name ..... Vorname .....

Straße ..... Hausnummer .....

PLZ ..... Wohnort .....

Telefon ..... E-Mail .....

**mein Haustier beim Tierärztlichen Gesundheitszentrum Oerzen GbR vorzustellen, untersuchen, behandeln und gegebenenfalls operieren zu lassen.** Das beinhaltet auch das Ausfüllen und Unterschreiben aller notwendigen Formulare. Der/Die Bevollmächtigte handelt in meinem ausdrücklichen Auftrag. Ist eine Heilung mit tierärztlichen Mitteln nicht mehr möglich, obliegt es dem/der Tierarzt/Tierärztin das Leiden meines Tieres zu beenden. In jedem hier eintretenden Fall, trage ich die Kosten der notwendigen Maßnahmen.

Als Eigentümer/in befreie ich den/die behandelnde/n Tierarzt/Tierärztin des Tierärztlichen Gesundheitszentrum Oerzen GbR gegenüber dem/der Bevollmächtigten der tierärztlichen Schweigepflicht bzw. den Geheimhaltungsverpflichtungen der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). Jegliche Kosten der Behandlung trage ich als Eigentümer/in. Sie sind im Anschluss an die Behandlung sofort vom Bevollmächtigten zu entrichten. Diese Vollmacht ist gültig bis auf schriftlichen Widerruf.

X .....

**Ort, Datum, Unterschrift Bevollmächtigte/r**

X .....

**Ort, Datum, Unterschrift Eigentümer/in**



Tiergesundheitszentrum Oerzen I Am Alten Werk 6 I 21406 Melbeck I www.tgz-oerzen.de I Tel. 04134 . 354