

# PATIENTENAUFNAHMESCHEIN/ BEHANDLUNGSVERTRAG



Tiergesundheitszentrum  
Oerzen

Für die DSGVO-konforme Erfassung und sicheren Verarbeitung der personen- und tierbezogenen Daten bitten wir um die nachfolgenden Informationen in **DRUCKBUCHSTABEN**. \* optional

## BESITZERANGABEN – KD-NR.

Name ..... Vorname ..... Geburtsdatum\* ..... TT/MM/JJ  
Straße ..... PLZ ..... Wohnort .....  
Telefon privat ..... Telefon mobil\* ..... Notfall\* .....  
E-Mail .....

## PATIENTENANGABEN

Name des Tieres ..... Art/Rasse ..... Geburtsdatum ..... TT/MM/JJ  
Aktuelles Gewicht ..... kg ..... Geschlecht  männlich  weiblich Kastriert?  ja  nein  
Farbe ..... Chip-/Tattoo-Nr. ....  
bei Katzen: Freigänger  ja  nein

- Mein Tier kann in Stresssituationen aggressiv reagieren**  
(Bitte weisen Sie uns im Sinne Ihres Tieres vor jeder Behandlung auf ein solches Verhalten hin.)

## TIERÄRZTE

Haustierarzt: .....  Ich möchte einen Bericht für meinen Haustierarzt erhalten.  
Überweisender Tierarzt: .....  Ich möchte einen Bericht für den überweisenden Tierarzt erhalten.

## BEZAHLUNG – Einer Prüfung meiner Bonität stimme ich zu.

Wir bitten Sie, bei Zahlung in bar oder mit Karte, die entstandenen Kosten im Anschluss jeder Behandlung zu begleichen.

- ICH BEZAHLE** (bitte ankreuzen)  **bar** - im Anschluss an jede Behandlung  **EC-Karte** - im Anschluss an jede Behandlung  
 **Rechnung** - Bei Zahlung per Rechnung erfolgt die Rechnungsstellung über die tierärztliche Verrechnungsstelle BFS health finance GmbH). Die umseitigen Hinweise und Bedingungen dazu habe ich gelesen und erkläre mich mit Ihnen einverstanden.

## Mit meiner Unterschrift bestätige ich,

- Halter des o.g. Tieres und berechtigt zu sein, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistungen des Tiergesundheitszentrum Oerzen zu schließen und die Leistungen in der von mir angegebenen Art zu bezahlen.
- die Richtigkeit der o.a. Daten und gebe den Auftrag zur Untersuchung bzw. Behandlung meines Tieres.

**Ich stimme der Weitergabe von Daten** zum Zwecke der Abrechnung an vor- und nachbehandelnde Tierärzte sowie an Laboreinrichtungen zu.

**Ich habe die Informationen zum Datenschutz** (als Aushang oder als gedrucktes Exemplar zum Mitnehmen im Anmeldebereich) sowie zu den Abläufen und Behandlungsbedingungen (umseitig) gelesen.

Datum ..... Unterschrift  .....



Sehr geehrte Patientenbesitzerin, sehr geehrter Patientenbesitzer,

wir danken Ihnen, dass Sie uns Ihr Tier zur Untersuchung und Behandlung anvertrauen. Der damit einhergehende Behandlungsvertrag sieht Rechte und Pflichten unseres Tiergesundheitszentrum und des Eigentümers/Überbringers vor.

## **Im Folgenden möchten wir Sie auf einige wichtige Punkte hinweisen:**

- Jedes uns anvertraute Tier wird mit der nötigen tierärztlichen Sorgfalt und nach dem aktuellen Stand der modernen Kleintiermedizin untersucht und behandelt. Um dies sicher zu stellen, bilden sich die Mitarbeiter unseres Tiergesundheitszentrum regelmäßig fort und die technischen Möglichkeiten unseres Tiergesundheitszentrum werden ständig erweitert.
- Wir bemühen uns stets, Sie über die festgestellten Erkrankungen, Behandlungsmöglichkeiten, Risiken, die Prognose und die entstehenden Kosten aufzuklären. Sollten Fragen offenbleiben, beantworten wir diese gern. Bitte fragen Sie den behandelnden Tierarzt.
- Wir bitten Sie, im Falle einer Überweisung durch einen anderen Tierarzt an unseres Tiergesundheitszentrum, unbedingt anzugeben, von welchem Tierarzt Sie überwiesen wurden. Die Kommunikation zwischen uns und dem überweisenden Tierarzt, ist für die Behandlung und Nachbehandlung Ihres Tieres sehr wichtig. Um die optimale Versorgung Ihres Tieres sicherzustellen, ist es notwendig, dass wir Patientendaten mit vor- und nachbehandelnden Tierarztpraxen sowie mit diagnostischen Laboren austauschen.
- Als Eigentümer oder Überbringer eines Tieres sind Sie verpflichtet, jede von ihrem Tier ausgehende Gefährdung, insbesondere gegenüber dem Tiergesundheitszentrumpersonal und anderen Tieren, des Tiergesundheitszentrum bei der Anmeldung und vor jeder Untersuchung mitzuteilen. Die Haftpflicht für das Tier verbleibt bei dem/der Eigentümer/-in bzw. dem/der Überbringer/-in. Das Tiergesundheitszentrum haftet nicht für während des Tiergesundheitszentraufenthaltes des Tieres entstandene Schäden, außer diese wurden durch grobe Fahrlässigkeit seitens unseres Tiergesundheitszentrum herbeigeführt.
- Sehr wichtig ist, dass Sie das Tiergesundheitszentrum über Vorerkrankungen, verabreichte Medikamente und Unverträglichkeiten gegenüber Medikamenten und Futtermitteln informieren, um eine Gefährdung ihres Tieres zu vermeiden.
- Sowohl als Eigentümer/-in, als auch als Überbringer/-in des Tieres erklären Sie sich damit einverstanden, dass alle für die Heilung medizinisch notwendigen Untersuchungen, Behandlungen und Operationen durchgeführt werden. Sie verpflichten sich für die dadurch entstehenden Kosten aufzukommen. Gemäß den gesetzlichen Vorgaben erfolgt die Abrechnung nach der Gebührenordnung der Tierärzte (GOT). Für die im Notdienst durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen wird ein uhrzeitabhängiger Zuschlag auf die tierärztlichen Leistungen erhoben. Sollten Sie vor oder während der Behandlung Fragen zu den entstehenden Kosten haben, beantworten wir diese gerne.
- Die Entlassung eines Tieres nach Operationen oder stationärer Behandlung kann nur erfolgen, wenn zu diesem Zeitpunkt die noch ausstehende Rechnungssumme bezahlt wird oder durch die BFS health finance GmbH die Möglichkeit einer Zahlung per Rechnung eingeräumt wurde (Zurückbehaltungsrecht). Die durch weitere Unterbringung entstehenden Kosten werden in Rechnung gestellt.
- Die Behandlungskosten Ihres Tieres begleichen Sie bei uns per Barzahlung oder EC-Kartenzahlung im Anschluss an die Behandlung oder per Rechnung. Für die Bezahlung auf Rechnung arbeiten wir aus verwaltungstechnischen Gründen mit einer tierärztlichen Verrechnungsstelle zusammen, der BFS health finance GmbH. Die Bezahlung per Rechnung setzt eine positive Bonitätsabfrage bei der Verrechnungsstelle voraus, die bei jedem Erstbesuch sowie auch bei späteren Besuchen durchgeführt wird. Zu diesem Zweck werden Name, Anschrift und Geburtsdatum an die BFS health finance GmbH übermittelt.

**Sollten Sie Fragen haben oder weitere Informationen wünschen, wenden Sie sich gern an unsere Mitarbeiter.**