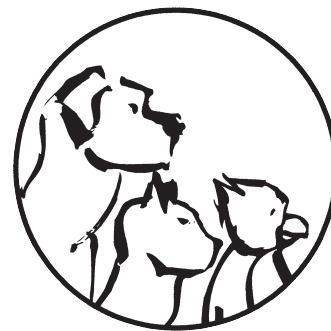


# Tierarztpraxis Dr. Sörensen GmbH

Geschäftsführer:

Dr. Bernhard Sörensen & Lennart Sörensen

Königsberger Str. 36 - 12207 Berlin



## Anmeldeformular

Für korrekte Einträge in unsere Patientenkartei und die Rechnungsstellung erbitten wir folgende Angaben. Vielen Dank für Ihre Mühe im Voraus.

### Angaben zum Auftraggeber:

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnr.	PLZ	Wohnort
Telefon privat	Telefon dienstlich	Telefon mobil
E-Mail		

### Angaben zum Patienten:

Tierart/Rasse	Rufname	Farbe
Geschlecht männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	Geburtstag	kastriert ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Tätowierung / Chip	Name, Adresse des Haustierarztes / überweisenden Tierarztes	
Tierkrankenversicherung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Falls ja - Versicherungsgesellschaft, Versicherungsschein-Nr.:	

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistungen der Tierarztpraxis Dr. Sörensen GmbH 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.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Personalien und gebe den Auftrag zur Untersuchung / Behandlung bzw. Operation des o. g. Tieres. Falls es zur Diagnosefindung erforderlich ist, ermächtige ich die Praxis, Leistungen Dritter (Labors, Spezialuntersuchungsanstalten u. Ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen. Ich bezahle meine Rechnung sofort am Behandlungs-/ Operationstag bar oder mittels EC-Karte/Kreditkarte. Erfolgt die Zahlung nicht an diesem Tag, stimme ich der Weitergabe meiner Daten an die Tierärztliche Verrechnungsstelle Heide r.V. zu.

Des Weiteren bestätige ich, dass mein Tier nicht der Lebensmittellieferung dient. Ist dies dennoch der Fall, informiere ich die Praxis schriftlich darüber.

Für sämtliche Auseinandersetzungen erkenne ich Berlin als Gerichtsstand an.

Die nachfolgenden Informationen zur elektronischen Datenverarbeitung und -speicherung habe ich gelesen und stimme der Verarbeitung meiner Daten zu.

Unsere Tierärzte wie auch unsere nicht-tierärztlichen Mitarbeiter sind aufgrund

- § 203 Strafgesetzbuch (StGB, Verletzung von Privatgeheimnissen),
- § 17 Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb (UWG, Verrat von Geschäfts- und Betriebsgeheimnissen),
- der Besonderen Geheimhaltungsvorschriften unserer Praxis zur Berufsverschwiegenheit verpflichtet.

Zur Verschwiegenheit zählen der Umstand des Zustandekommens des Patientenverhältnisses und sämtliche Informationen, die der Patientebesitzer uns im Rahmen des Patientenverhältnisses in Bezug auf sich selbst oder sein Tier bzw. dessen Einsatz, Beschaffenheit, Vorerkrankungen oder tierärztliche Vorbehandlungen mitteilt. Bitte beachten Sie, dass ein Mandatsverhältnis nicht schon mit einer Anfrage zustande kommt. Dennoch werden wir Informationen, die sich aus solchen Anfragen ergeben, ebenfalls vertraulich behandeln.

Sämtliche für unsere Praxis tätigen Personen sind mit den Datenschutz- und Geheimhaltungsvorschriften vertraut und entsprechend eingearbeitet. Wir speichern die von Ihnen gemachten persönlichen Angaben, die Daten Ihres Tieres und dessen Krankheitsgeschichte, sämtliche gewonnenen Erkenntnisse aus unseren Untersuchungen inkl. Ergebnisse bildgebender Verfahren und Behandlungen wie auch sämtliche Daten der Fakturierung und des Zahlungsverkehrs. Im Falle der Nichtzahlung erfolgt die Weitergabe der Daten an die Tierärztliche Verrechnungsstelle Heide. r.V..

Selbstverständlich geben wir ohne entsprechende Vollmacht keine Daten an Dritte weiter. Eine Ausnahme hiervon stellen Überweisungen von tierärztlichen Kollegen dar, da wir dem Kollegen telefonisch wie auch schriftlich über unsere Untersuchungen und Behandlungen informieren, damit die künftige Versorgung Ihres Tieres weiterhin durch möglichst vollständiges Wissen um dessen Krankheitsgeschichte gewährleistet bleibt. Mit Ihrer Unterschrift bevollmächtigen Sie uns zu dieser Vorgehensweise.

Ist eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam, werden die übrigen Bestimmungen dieses Vertrages in ihrer Wirksamkeit nicht berührt.

Die unwirksame bzw. undurchführbare Bestimmung ist durch eine solche Bestimmung zu ersetzen, die dem wirtschaftlich von den Vertragsparteien Gewolltem am nächsten kommt. Gleiches gilt im Falle einer Vertragslücke.

Datum

Unterschrift

Name in Druckbuchstaben