

# [Anmeldung]

## UND TIERÄRZTLICHER BEHANDLUNGSVERTRAG

Sehr geehrte TierhalterInnen,

herzlich Willkommen in der Tierarztpraxis Kilb&Team. Bitte füllen Sie diese „Anmeldung“ auf der Vorderseite sorgfältig aus, lesen Sie den „Behandlungsvertrag“ auf der Rückseite in Ruhe durch und unterschreiben Sie diesen. Wir nehmen Datenschutz ernst. Deswegen erteilen Sie uns bitte zudem Ihre „Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten“ durch Ihre umseitige Unterschrift, damit wir mit der tierärztlichen Behandlung des Tieres beginnen können.



**Kilb & Team**  
— TIERARZT PRAXIS —

**Dokument ist beidseitig  
auszufüllen!**



### BESITZERDATEN

Name ..... Vorname ..... Geburtsdatum .....  
Straße & Nr. .... PLZ ..... Wohnort .....  
Telefon ..... Mail .....

### PATIENTENDATEN

Name ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Kastriert  (Bitte ggf. Häkchen setzen!)  
Tierart ..... Rasse ..... Farbe .....  
EU-Ausweis-Nr. .... Chip-Nr. ....  
Datum der letzten Impfung ..... Datum der letzten Entwurmung .....  
Das Tier ist Freigänger  (Bitte ggf. Häkchen setzen!) Gab es einen längeren Auslandsaufenthalt?  JA  NEIN (Bitte ggf. Häkchen setzen!)  
Falls ja, wo und wann? .....  
Halter/in des Tieres ist .....  
(nicht erforderlich, sofern Sie selbst Halter/in sind!)

### BEI ÜBERWEISUNG: ANGABEN ZUM ÜBERWEISENDEN TIERARZT

Name ..... Wünschen Sie eine Rücküberweisung? JA  NEIN   
Adresse ..... (Bitte ggf. Häkchen setzen!)

### RECHNUNGSADRESSE

Vorname, Name/Firma .....  
Straße, Hausnummer ..... PLZ ..... Wohnort .....

### SONSTIGE ANGABEN

Versicherung/Versicherungsnr. .... Vollversicherung  OP-Versicherung   
Dem Tier obliegen hoheitliche Aufgaben (bspw. Polizeidienst)  Kennungsnummer des Tieres .....  
Das Tier dient zur Lebensmittelgewinnung  Ich bin gewerbsmäßige/r Tierhalter/in  (Bitte ggf. Häkchen setzen!)

### WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Empfehlung von ..... Überweisung  Notdienst  Internet   
Sonstiges ..... (Bitte ggf. Häkchen setzen!)

# [Tierärztlicher Behandlungsvertrag]

## ALLGEMEINES

1. Sie beauftragen uns mit der Untersuchung, Behandlung und/oder ggfs. der Operation des Tieres (die „**Behandlung**“).
2. Sie versichern, dass Sie HalterIn des o.g. Tieres und/oder – z.B. im Auftrag der TierhalterInnen – berechtigt sind, diesen Vertrag über eine Behandlung mit uns einzugehen, d.h. Sie erklären, dass der/die TierhalterIn mit der Behandlung einverstanden ist.
3. 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 fällt eine Zuschlag nach der GOT an. **Eine solche Bezahlung kann nur in bar oder per EC-/Kreditkarte erfolgen**, sofern dies nicht in Ausnahmefällen in Form einer individuellen Ergänzung dieses Vertrages über eine externe Abrechnungsstelle erfolgt. Die Bezahlung hat im Anschluss an die Behandlung oder bei Operationen bei Abholung des Tieres zu erfolgen.
4. Soweit es für eine tierärztliche Diagnose erforderlich ist, ermächtigen und bevollmächtigen Sie uns, Leistungen Dritter (wie Labor- oder Spezialuntersuchungen) in Ihrem Namen und auf Ihre Rechnung in Anspruch zu nehmen und für Sie auszuliegen.
5. Auf Nachfrage erteilen wir Ihnen vor der Behandlung eine Gebühren- und Kostenschätzung.

## SONSTIGE INFORMATIONEN ZU UNSERER PRAXIS

Zuständige Aufsichtsbehörde: Landestierärztekammer Hessen, Bahnhofstraße 13, 65527 Niedernhausen,

Telefon: 06127 / 90 75-0, [www.ltk-hessen.de](http://www.ltk-hessen.de) | Berufshaftpflicht: Nürnberger Versicherung, [www.nuernberger.de](http://www.nuernberger.de)

Für unsere Praxis und diesen Vertrag gelten folgende berufsrechtliche Regelungen:

Bundestierärztekammer ([www.bundestieraerztekammer.de/tieraerzte/beruf/bundestieraerzteordnung/](http://www.bundestieraerztekammer.de/tieraerzte/beruf/bundestieraerzteordnung/))

Berufsordnung der Landestierärztekammer Hessen ([https://www.ltk-hessen.de/fileadmin/www\\_ltk\\_hessen\\_de/Dateien\\_neu/2020-05-BO.pdf](https://www.ltk-hessen.de/fileadmin/www_ltk_hessen_de/Dateien_neu/2020-05-BO.pdf))

GOT: Gebührenordnung für Tierärzte ([www.bundestieraerztekammer.de/tieraerzte/beruf/got/](http://www.bundestieraerztekammer.de/tieraerzte/beruf/got/))

 Hier unterschreiben!

Ort, Datum

Unterschrift Tierhalter/in (bei Minderjährigen durch Erziehungsberechtigte)

## DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNG IN DIE VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN

Hiermit erteile ich meine Einwilligung, dass die Praxis meine auf der Anmeldung angegebenen Daten zum Zwecke der Durchführung des obigen und zukünftiger Behandlungsverträge mit der Praxis erhebt und verarbeitet. Für jede darüber hinausgehende Datenverarbeitung und -weitergabe an Dritte ist meine Einwilligung erforderlich. Die Datenverarbeitung erfolgt auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 a), b) und f) DSGVO. Die Datenschutzerklärung der Praxis ist unter <https://praxis-limeshain.vet/impressum/> einsehbar, kann mir auf Verlangen von der Praxis aber auch als Ausdruck zur Verfügung gestellt werden.

### Weiterhin erteile ich hiermit meine Einwilligung dahingehend,

- dass die erhobenen Daten – soweit erforderlich und notwendig – im Rahmen tierärztlicher Überweisungen 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 in Ausnahmefällen in Form einer individuellen Ergänzung des Behandlungsvertrages auch an eine externe Verrechnungsstelle weitergegeben werden dürfen,
- dass die erhobenen Daten auch im Rahmen einer Weiterführung der Praxis durch einen oder mehrere NachfolgerInnen weiter bestimmungsgemäß verarbeitet werden dürfen,

- dass die Praxis mich telefonisch, per unverschlüsselter E-Mail oder und/oder Post über tierärztliche Behandlungs- und Laborergebnisse und die weitere Terminplanung der tierärztlichen Behandlung (inkl. Impferinnerungen) informiert und mich entsprechend kontaktiert,
- dass die Praxis mich telefonisch, per unverschlüsselter E-Mail und/oder per Post aktuell und gezielt über ihre Dienstleistungen, Projekte, Kundenbindungsmaßnahmen etc. informiert und mich entsprechend kontaktiert.

(BITTE NICHT-ZUTREFFENDES STREICHEN)

 Hier unterschreiben!

Ort, Datum

Unterschrift Tierhalter/in (bei Minderjährigen durch Erziehungsberechtigte)

## 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 gem. Art. 6 Abs. 1 S. 1 f) DSGVO verarbeitet werden, können Sie gem. Art. 21 DSGVO Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen. Der Widerruf bzw. Widerspruch ist mündlich, telefonisch, schriftlich oder per E-Mail an uns zu richten, also an die: