TIERDERMATOLOGIE
DR. WILDERMUTH

Tierärztliche Spezialpraxis für Dermatologie,
Allergologie und Ohrenerkrankungen

Dr. med. vet. Kerstin Wildermuth
Diplomate ACVD, Diplomate ECVD

Brett E. Wildermuth, DVM (USA)
Diplomate ACVD, Diplomate ECVD

Patientenaufnahmeschein

Für unsere Patientenkartei erbitten wir folgende Angaben (bitte in Druckschrift ausfüllen):

Information Besitzer*in			
Nachname (Versicherungsnehmer*in):		Vorname:	
Nachname Ehegatte(-in); Partner(-in):		Vorname Ehegatte(-in); Partner(-in):	
Strasse/Hausnummer:			
PLZ:	Ort:		
Telefon (privat):	Telefon (mobil):	Telefon (sonstige):	
Email:		Fax:	
Information zum Tier			
Name:	Hund □ Katze □ Sonstige_____	Rasse:	Fellfarbe:
Geburtsdatum (DD,MM,JJJJ):	Chipnummer:	Geschlecht: männlich □ weiblich □ kastriert □	
Information zum Haustierärzt*in (wenn vorhanden)			
Nachname:	Vorname:	Ort:	
Ihr(e) Haustierärzt*in erhält nach dem Besuch einen ausführlichen Untersuchungsbericht.			
Wie haben Sie von uns gehört (bitte zutreffendes ankreuzen): □ Haustierärzt*in □ Internet □ Einer unserer Patienten □ Freund/Bekannte/Familie □ Sonstige_____			

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und deshalb berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung erforderlicher Behandlungen zu schließen, ich versichere ferner, dass ich willens und in der Lage bin, die dadurch entstehenden Kosten zu tragen. Ich erkläre in diesem Zusammenhang, dass ich mich zum Zeitpunkt dieser Erklärung in keinem gerichtlichen Schuldenverfahren befinde und dass das Schuldnerverzeichnis des für mich zuständigen Amtsgerichts keine Eintragungen über meine Person aufweist.
Sofern 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 aufkommen werde. Soweit es zur Diagnosefindung erforderlich ist, ermächtige ich den Inhaber und die Mitarbeiter der Praxis, Leistungen Dritter (Labors, Spezialuntersuchungsanstalten u ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.
Ich habe zur Kenntnis genommen, dass entstehende Kosten nach der Gebührenordnung für Tierärzte (GOT) abgerechnet werden. Ich zahle die entstehenden Kosten sofort in bar oder per EC-Karte (mit Geheimnummer).
In einzelnen Fällen werden Fotos des Patienten bzw. des Krankheitsbildes angefertigt. Diese werden zur Dokumentation des Behandlungserfolges bzw. für Forschung und Lehre genutzt.

□ **Die Datenschutzhinweise/Informationen gem. Art.13 Datenschutz-Grundverordnung (DSVGO) habe ich erhalten. Deren Kenntnisnahme bestätige ich durch meine Unterschrift.**

_____

Datum, Unterschrift Tierhalter/Vertreter
(bei Minderjährigen Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)