

Patientenanmeldung / Behandlungsvertrag / Datenschutz

Für unsere Kunden-/Patientenkartei erbitten wir folgende Angaben: (Bitte in Druckschrift ausfüllen !)

Angaben zum Tierbesitzer	Aufnahme durch		Datum / Uhrzeit	
Name	Vorname		Geburtsdatum	
Straße	PLZ	Wohnort		
Telefon privat	Telefon dienstlich		Fax	
Mobiltelefon	E-Mail:			
	Rechnungen per E-Mail: <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN			

Angaben zum Auftraggeber (falls abweichend vom Tierbesitzer)				
Name	Vorname		Geburtsdatum	
Straße	PLZ	Wohnort		
Telefon privat	Telefon dienstlich		Fax	
Mobiltelefon	E-Mail: _____			
	Rechnungen per E-Mail: <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN			

Angaben zum Patienten				
Name des Tieres	Rasse		Geb.-Datum / Alter	
Lebens-Nr.	Geschlecht <input type="radio"/> Hengst <input type="radio"/> Wallach <input type="radio"/> Stute			
Farbe	Brand / Chip-Nr.		Gewicht	
Bekannte Vorerkrankungen	Impfstatus / Medikamente			
Stalladresse:				
Sind Sie gewerblicher Halter? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		Dient Ihr Tier der Lebensmittelgewinnung? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		
Tierkrankenversicherung: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Kranken-Vers. <input type="radio"/> OP-Vers. <input type="radio"/> Lebens-Vers.		Versicherungsgesellschaft, Versicherungsschein-Nr.:		

Haustierarzt	Überweisender Tierarzt
---------------------	-------------------------------

Ich willige ein, dass die genannten Ärzte über den Behandlungsverlauf informiert werden.
 Soweit es zur Diagnosefindung erforderlich ist, ermächtige ich die Inhaber und Mitarbeiter der Pferdegesundheit im Fokus GmbH und der Pferdegesundheit Rhein Main GmbH & Co. KG, **Leistungen Dritter** (Labors, Spezialuntersuchungsanstalten u. ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.

Zahlungsmodalitäten

<input type="radio"/> bar <input type="radio"/> Kartenzahlung <input type="radio"/> Rechnung (Ausschließlich für Behandlungen in der Fahrpraxis)		
<input type="radio"/> Lastschrift	(Vorbehaltlich einer Bonitätsprüfung.) Abbuchung 10 Tage nach Rechnungsdruck.	
	IBAN:	Kontoinhaber:
	Bankinstitut:	BIC:

Bonitätsprüfung bei Zahlung per Lastschrift und Rechnung

Ich willige ein, dass die Pferdegesundheit Rhein Main GmbH & Co. KG zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung des Rechnungsbetrages die erforderlichen Informationen, insbesondere Daten aus der Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift) an die SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden oder eine vergleichbare Auskunftei, eine Bonitätsauskunft zu meiner Person einholt. Unabhängig davon wird die Pferdegesundheit Rhein Main GmbH & Co. KG der SCHUFA/Auskunftei auch Daten über ihre gegen mich bestehenden fälligen Forderungen (Forderungsbetrag nach Titulierung) übermitteln.

**Persönliche Erklärung des Auftraggebers
 - Pferdeeigentümer / Pferdehalter / Pferdebesitzer / Pferdehüter -**

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und berechtigt **bin**, Verträge über die Durchführung erforderlicher Behandlungen und Operationen 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 Tiereigentümers bzw. Tierhalters zu handeln. Fehlt es an einer Bevollmächtigung, oder stellt der Eigentümer / Halter des Tieres eine Bevollmächtigung in Abrede, bestätige ich hiermit, dass ich für die entstehenden Kosten aus der Behandlung aufkommen werde.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die **Richtigkeit meiner Personalien** sowie die erfolgte **Aufklärung** über sämtliche Umstände des Zustandekommens des Behandlungsvertrages und **gebe den Auftrag zur kostenpflichtigen Untersuchung / Behandlung / Operation** des Tieres.

Die Erbringung der Behandlungsleistungen erfolgt durch die Pferdegesundheit Rhein Main GmbH & Co KG und/oder die Pferdegesundheit im Fokus GmbH.

Die Inhalte dieses Patienten-Aufnahmescheines und die Zahlungsmodalitäten erkenne ich ausdrücklich an. Grundlage sämtlicher Rechnungen sind die Gebührenordnung für Tierärzte (GOT) sowie ggf. die Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV).

Gerichtsstand: Für sämtliche Auseinandersetzungen erkenne ich als Gerichtsstand an:
 Für die Pferdegesundheit im Fokus GmbH ist der Gerichtsstand **Bingen**.
 Für die Pferdegesundheit Rhein Main GmbH & Co KG ist der Gerichtsstand **Hattersheim**.

Haftung: Haftpflichteinschränkung für Vermögens- und Sachschäden bis max. 5 Mio. €

Datenschutz und Allgemeine Geschäftsbedingungen:

Ich kläre mich mit der Datenschutzerklärung und den Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Pferdegesundheit Rhein Main GmbH & Co KG sowie der Pferdegesundheit im Fokus GmbH einverstanden.

_____ Datum

_____ Unterschrift Auftraggeber / Auftraggeberin