



**Klinik für Kleintiere -
Reproduktionsmedizinische
Einheit der Kliniken**

Prof. Dr. Sandra Goericke-Pesch
Bünteweg 15
30559 Hannover
Tel.: 0511 953 8508
Fax.: 0511 953 82 8508
reproklt@tiho-hannover.de

Anmeldeschein und Behandlungs- und Untersuchungsvertrag

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!)

Datum:

Informationen zu Ihnen...

Nachname, Vorname:		Geburtsdatum:	
Straße:			Nr.:
Postleitzahl:	Ort:		
Telefon:		Mobiltelefon:	
Email:			

...und zu Ihrem Tier

Art / Rasse:		Name:	
Geburtsdatum:	Geschlecht:		Kastration:
	o männlich o weiblich		o ja o nein
Chipnummer:			
Impfung:			
regelmäßig o ja o nein	zuletzt am:		Impfstoff:

Waren Sie schon einmal bei uns? ja nein Wenn ja, mit diesem Tier? ja nein

überwiesen Haustierarzt (Name, Ort): _____

Grund der Vorstellung und ggf. Vorbehandlung:

- 1.) Für die Behandlung gelten die *Ordnung über die Entgelte der Kliniken und nichtklinischen Einrichtungen und Institute* nebst *Leistungsverzeichnis der Klinik für Kleintiere*, sowie die *Bedingungen für die Behandlung von Tieren in den Kliniken sowie für die Diagnostik in den nichtklinischen Einrichtungen und den Instituten der Tierärztlichen Hochschule Hannover*. Diese Regelungen werden ausdrücklich zum Vertragsbestandteil erklärt. Die Vertragspartei erklärt sich mit der Geltung einverstanden.
- 2.) Bitte informieren Sie sich über die Ordnung über die Entgelte und die Behandlungsbedingungen, die im Behandlungsraum der Reproduktionsmedizinischen Einheit der Klinik ausliegen und auch auf Anforderung eingesehen werden können bzw. informieren Sie sich im Internet auf unserer Homepage unter Dienstleistungen - „Wichtiges für Patientenbesitzer“.
- 3.) Der Vertragspartei ist bekannt, dass im Rahmen der Behandlung erforderliche Leistungen an Dritte (z.B. Labore) abgegeben werden können und die von der Vertragspartei vorhandenen personenbezogenen Daten – auch zu Abrechnungszwecken – an Dritte übermittelt werden können.
- 4.) Der Rechnungsbetrag ist bei Abholung des Tieres sofort bar oder per ec-Karte zu bezahlen. Eine spätere Anweisung des Rechnungsbetrages ist nur in mit der Klinik vereinbarten Ausnahmefällen möglich.

➔ Hannover, den _____

(Unterschrift Tierbesitzer / Vertragspartner)

(Unterschrift Vertreter der Einrichtung)

Erklärung zum Datenschutz

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Datenschutzhinweise, die mir per Aushang, per Auslage sowie im Internet auf unserer Homepage unter Dienstleistungen - „Wichtiges für Patientenbesitzer“ zur Verfügung gestellt wurden gelesen und akzeptiert zu haben. Ich bestätige, dass ich die Möglichkeit hatte, ein ausgedrucktes Exemplar der Datenschutzhinweise zu erhalten.

Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken (bitte ankreuzen)

➔ ja Ich willige ein, dass die erhobenen Daten – soweit erforderlich und notwendig im Rahmen
nein tierärztlicher Überweisungen – an andere Tierarztpraxen/-kliniken übermittelt werden dürfen. Dies
betrifft beispielsweise **Rücküberweisungen** oder **Berichte an den Haustierarzt**.

➔ _____
(Unterschrift Tierbesitzer / Vertragspartner)