**Kleintierpraxis**

Dr. med. vet. H. Heicks

Planestraße 34

49477 Ibbenbüren

Tel.: 05451/49292 Fax: 05451/49290

eMail: [praxisheicks@osnanet.de](mailto:praxisheicks@osnanet.de)

Sprechstunden: Montag bis Freitag 10.00 – 12.00 und 15.30 – 18.00 Uhr außer Mittwochnachmittag; Dienstag bis 19.00 Uhr Samstag 9.00 – 11.00 Uhr; und nach Vereinbarung

Herzlich Willkommen in unserer Kleintierpraxis

Um auch in Zukunft alle Informationen über Ihr Tier sofort zur Hand zu haben, legen wir von jedem Patienten eine Kartei an. Diese Daten werden von uns streng vertraulich behandelt und fallen unter die ärtzliche Schweigepflicht.

Anmeldeformular und Einwilligung zur Datennutzung (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Tierbesitzer/ -in:

Vorname, Name: ...................................................................................................................

Straße, Hausnr.: ....................................................................................................................

PLZ: ..........................................................Wohnort: .............................................................

Telefon: ...................................................E- Mail: .................................................................

Tierdaten:

O Hund

O Katze Freigänger O ja/ O nein

O Heimtier Kaninchen dient der Lebensmittelgewinnung O ja/ O nein Name: ....................................................Chipnummer: .....................................................

Rasse: .....................................................Farbe: ....................................................................

Geburtsdatum: .....................................................................................................................

Geschlecht: O männlich/ O weiblich kastriert/ sterilisiert O ja/ O nein Bei Tieren aus dem Ausland, Herkunftsland.............................................................

regelmäßige Medikamente: ............................................................................................

Impferinnerung erwünscht O ja/ O nein

Bitte ankreuzen:

O Mir ist bewusst, dass tierärztliche Leistungen, Medikamente und Materialien stets im Anschluss am Behandlungstag in bar oder per EC-Cash zu begleichen sind.

O Ich willige mit meiner Unterschrift zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

gemäß Datenschutzerklärung\* ein. Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Das Tierarzthonorar richtet sich nach der Gebührenordnung für Tierärzte. Die Preise der Arzneimittel richten sich nach der Arzneimittelpreisverordnung. \*Unsere Datenschutzerklärung hängen im Wartezimmer aus und sind unter [www.kleintierpraxis-heicks.de](http://www.kleintierpraxis-heicks.de/) einzusehen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Personalien und gebe den Auftrag zur Untersuchung / Behandlung meines Tieres.

Datum ................................................. Unterschrift .........................................................