



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 ärztliche Schweigepflicht.

Anmeldeformular und Einwilligung zur Datennutzung (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Tierbesitzer/ -in:

Vorname, Name:

Straße, Hausnr.:

PLZ:Wohnort:

Telefon:E- Mail:

Tierdaten:

Hund

Katze Freigänger ja/ nein

Heimtier Kaninchen dient der Lebensmittelgewinnung ja/ nein

Name:Chipnummer:

Rasse:Farbe:

Geburtsdatum:

Geschlecht: männlich/ weiblich kastriert/ sterilisiert ja/ nein

Bei Tieren aus dem Ausland, Herkunftsland.....

regelmäßige Medikamente:

Impferinnerung erwünscht ja/ nein

Bitte ankreuzen:

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

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 einzusehen.

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

Datum Unterschrift