



Dr. med. vet. Nina Eberle  
Ruth Höinghaus Ph.D.  
Dr. med. vet. Verena von Babo

**VetSpezial**  
Zentrum für Kleintiermedizin

■ Onkologie  
■ Diagnostik  
■ Chirurgie  
■ Innere Medizin

Herzlich Willkommen in der Tierarztpraxis „VetSpezial“

Angaben zum Besitzer / Auftraggeber:

Vorname:	Nachname:
Straße:	Haus Nr.:
PLZ:	Wohnort:
E-Mail:	Tel. Privat:
Tel. Mobil:	Tel. Geschäft:

Wenn Sie von Ihrem Tierarzt an uns überwiesen / empfohlen wurden, tragen Sie ihn bitte hier ein.

Haustierarzt:
---------------

Angaben zu Ihrer Katze:

Name:	Rasse:
Geschlecht:    Kater            Kätzin	kastriert:    nein            ja, am:
Geburtsdatum:	Farbe:
Freigänger:    ja            nein	Wohnungskatze:    ja
Mehrkatzenhaushalt:    ja	Einzeltier:    ja
Tierkrankenversicherung    nein            ja, bei der:	
Versicherungsschein-Nr:	

Ich versichere, dass ich Halter der Katze und deshalb berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der erforderlichen Dienstleistungen der Tierarztpraxis „VetSpezial“ zu schließen. Sofern ich nicht Halter der Katze 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 die Tierarztpraxis VetSpezial, Leistungen Dritter (Labore, Spezialuntersuchungsanstalten etc.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen. Eine Mithilfe bei der Behandlung der Katze erfolgt freiwillig und unter Ausschluss jeglicher Haftung, soweit zulässig.

**Die angefallenen Behandlungsgebühren und Medikamente werde ich in bar, mit EC- oder per Kreditkarte (ab 500 €) in Anschluss jeder Behandlung begleichen.**

Auch unverbindliche Kostenschätzungen werden bei uns ausschließlich schriftlich vorgenommen. Etwaige mündliche Preisaussagen sind lediglich ungefähre Größenangaben und haben auf keinen Fall eine verpflichtende Wirkung.

**Mit meiner Unterschrift auf Seite 2 bestätige ich die Richtigkeit meiner o.a. Personalien, gebe den Auftrag zur Untersuchung bzw. Behandlung und - falls erforderlich - zur Operation meiner Katze und erkenne die Inhalte des Anmeldeformulars an.**

Seite 1 von 2

## Allgemeine Datenschutzhinweise:

Der Datenschutzbeauftragte der Praxis ist Herr Hendrik Baumann

Unsere Tierärzte wie auch unsere nicht-tierärztlichen Mitarbeiter sind aufgrund

- § 203 Strafgesetzbuch (StGB, Verletzung von Privatgeheimnissen),
- § 17 Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb (UWG, Verrat von Geschäfts- und Betriebsgeheimnissen),
- der besonderen Geheimhaltungsvorschriften unserer Praxis zur Berufsverschwiegenheit verpflichtet.

Zur Verschwiegenheit zählen der Umstand des Zustandekommens des Patientenverhältnisses und sämtliche Informationen, die der Patientenbesitzer uns im Rahmen des Patientenverhältnisses in Bezug auf sich selbst oder seiner Katze bzw. dessen Einsatz, Beschaffenheit, Vorerkrankungen oder tierärztliche Vorbehandlungen mitteilt. Bitte beachten Sie, dass ein Mandatsverhältnis nicht schon mit einer Anfrage zustande kommt. Dennoch werden wir Informationen, die sich aus solchen Anfragen ergeben ebenfalls vertraulich behandeln.

Sämtliche für unsere Praxis tätigen Personen sind mit den Datenschutz- und Geheimhaltungsvorschriften vertraut und entsprechend eingearbeitet. Wir speichern die von Ihnen gemachten persönlichen Angaben, die Daten Ihrer Katze und dessen Krankheitsgeschichte, sämtliche gewonnenen Erkenntnisse aus unseren Untersuchungen inkl. Ergebnisse bildgebender Verfahren und Behandlungen, wie auch sämtliche Daten der Fakturierung und des Zahlungsverkehrs elektronisch. Selbstverständlich geben wir ohne entsprechende Vollmacht keine Daten an Dritte weiter. Eine Ausnahme hiervon stellen Überweisungen von tierärztlichen Kollegen dar, da wir den Kollegen telefonisch wie auch schriftlich über unsere Untersuchungen und Behandlungen informieren, damit die künftige Versorgung Ihrer Katze durch eine lückenlose Krankheitsgeschichte gewährleistet bleibt. Mit der Angabe unter der Rubrik „Haustierarzt“ sowie Ihrer Unterschrift bevollmächtigen Sie uns zu dieser Vorgehensweise.

Für sämtliche Auseinandersetzungen erkenne ich Burgdorf als Gerichtsstand an.

Ist eine Bestimmung dieses Vertrags unwirksam bzw. undurchführbar, werden die übrigen Bestimmungen dieses Vertrages in ihrer Wirksamkeit nicht berührt. Diese Bestimmung ist durch eine solche zu ersetzen, die dem wirtschaftlich von den Vertragsparteien Gewolltem am nächsten kommt. Gleiches gilt im Falle einer Vertragslücke.

## Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die tierärztliche Praxis VetSpezial meine auf der Anmeldung angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhebt.

Für jede darüber hinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen, ebenso für eine Weiterleitung an Dritte, bedarf es regelmäßig Ihrer Einwilligung. Eine solche Einwilligung können Sie nachfolgend freiwillig erteilen.

### Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken (bitte ankreuzen)

- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt werden dürfen.
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten an Speziallabore übermittelt werden.
- Ich willige ein, dass mich die tierärztliche Praxis VetSpezial telefonisch, per E-Mail oder per Post über Untersuchungsergebnisse und Terminplanung informiert.
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch im Rahmen einer Weiterführung der Praxis durch einen Nachfolger weiter bestimmungsgemäß genutzt werden dürfen.

**Die Information zur elektronischen Datenverarbeitung und -speicherung habe ich gelesen und stimme der Verarbeitung und elektronischen Speicherung meiner Daten zu. Sind Sie mit den hier geschilderten Vorgängen nicht einverstanden, können wir Ihre Katze leider nicht behandeln, da wir in diesem Fall den gesetzlichen Vorschriften, u.a. aus §§611ff.BGB, §14Abs.4UStG in Verbindung mit §33UStDV sowie berufsrechtlicher Bestimmungen nicht nachkommen könnten.**

Datum:

Unterschrift:

Diese Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen oder abgeändert werden. Der Widerruf ist postalisch oder per E-Mail an uns zu senden. Eine Folge des Widerrufs kann dann jedoch sein, dass wir das Behandlungsverhältnis nicht mehr oder nicht mehr im bisherigen Umfang fortführen können.