

## Anmeldeformular

Kleintier Zentrum Grünstadt

### Angaben zum Tierhalter

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Industriestraße 7  
67269 Grünstadt

T +49 (0)6359 91 63 700  
F +49 (0)6359 91 63 799

info@tierarzt-gruenstadt.de  
www.tierarzt-gruenstadt.de

### Angaben zum Patienten

Name des Tieres: \_\_\_\_\_

Art/Rasse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum Tier: \_\_\_\_\_

Geschlecht: weiblich männlich Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

kastriert: ja nein bei Katzen: Freigänger ja nein

OP-Versicherung: ja nein Krankenversicherung: ja nein wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Chip: ja nein wenn ja, Chipnummer: \_\_\_\_\_

Haustierarzt: \_\_\_\_\_

sollen wir Ihren Tierarzt in Form eines Berichtes über die Behandlung heute informieren? ja nein

Ich bezahle (bitte ankreuzen)

bar EC (mit PIN) Rechnung/Ratenzahlung (siehe BFS)

Bei Bezahlung bar/ EC ist die Rechnung am Ende jeder Behandlung bzw bei Abholung des Tieres zu begleichen.

Ist eine Bezahlung **per Rechnung** (Ratenzahlung) gewünscht, erfolgt dies über die **BFS health finance GmbH**.

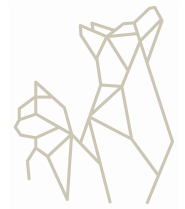
Vereinbarte Termine sind verbindlich. Wird ein Termin nicht wahrgenommen und nicht abgesagt, stellen wir eine **Ausfallpauschale von 30 Euro** in Rechnung.

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistung des Kleintierzentrums Grünstadt zu schließen. Im Falle einer Rechnungsstellung stimme ich der Prüfung meiner Bonität zu.

Sollten Sie die Praxis ohne zu bezahlen verlassen, behalten wir uns vor Ihre Rechnung an die BFS abzutreten.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_



Kleintier Zentrum Grünstadt

Industriestraße 7  
67269 Grünstadt

T +49 (0)6359 91 63 700  
F +49 (0)6359 91 63 799

info@tierarzt-gruenstadt.de  
www.tierarzt-gruenstadt.de

## Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass das Kleintierzentrum Grünstadt (verantwortlich: Serafine Curtiss, Jutta Bauer) 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

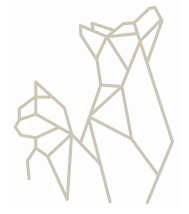
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt werden dürfen
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen tierärztlicher Überweisungen an anderer Tierarztpraxen, - kliniken übermittelt werden dürfen
- ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen weiterführender Diagnostik an Untersuchungslabore und Institute übermittelt werden dürfen
- Ich willige ein, dass mich das Kleintierzentrum Grünstadt telefonisch, per Post oder E- Mail über Laborergebnisse 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

---

Ort/Datum

---

Unterschrift Tierhalter



## Anmeldeformular

### Angaben zum Tierhalter

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Angaben zum Patienten

Name des Tieres: \_\_\_\_\_

Art/Rasse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum Tier: \_\_\_\_\_

Geschlecht: weiblich männlich Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

kastriert: ja nein bei Katzen: Freigänger ja nein

OP-Versicherung: ja nein Krankenversicherung: ja nein wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Chip: ja nein wenn ja, Chipnummer: \_\_\_\_\_

Haustierarzt: \_\_\_\_\_

sollen wir Ihren Tierarzt in Form eines Berichtes über die Behandlung heute informieren? ja nein

Ich bezahle (bitte ankreuzen)

bar EC (mit PIN) Rechnung/Ratenzahlung (siehe BFS)

Bei Bezahlung bar/ EC ist die Rechnung am Ende jeder Behandlung bzw bei Abholung des Tieres zu begleichen.

Ist eine Bezahlung **per Rechnung** (Ratenzahlung) gewünscht, erfolgt dies über die **BFS health finance GmbH**.

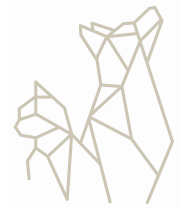
Vereinbarte Termine sind verbindlich. Wird ein Termin nicht wahrgenommen und nicht abgesagt, stellen wir eine **Ausfallpauschale von 30 Euro** in Rechnung.

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistung des Kleintierzentrums Grünstadt zu schließen. Im Falle einer Rechnungsstellung stimme ich der Prüfung meiner Bonität zu.

Sollten Sie die Praxis ohne zu bezahlen verlassen, behalten wir uns vor Ihre Rechnung an die BFS abzutreten.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_



Kleintier Zentrum Grünstadt

Industriestraße 7  
67269 Grünstadt

T +49 (0)6359 91 63 700

F +49 (0)6359 91 63 799

info@tierarzt-gruenstadt.de

www.tierarzt-gruenstadt.de

## Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass das Kleintierzentrum Grünstadt (verantwortlich: Serafine Curtiss, Jutta Bauer) 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

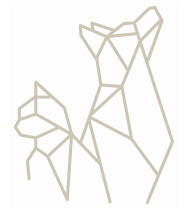
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt werden dürfen
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen tierärztlicher Überweisungen an anderer Tierarztpraxen, - kliniken übermittelt werden dürfen
- ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen weiterführender Diagnostik an Untersuchungslabore und Institute übermittelt werden dürfen
- Ich willige ein, dass mich das Kleintierzentrum Grünstadt telefonisch, per Post oder E- Mail über Laborergebnisse 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

---

Ort/Datum

---

Unterschrift Tierhalter



## Anmeldeformular

### Angaben zum Tierhalter

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Angaben zum Patienten

Name des Tieres: \_\_\_\_\_

Art/Rasse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum Tier: \_\_\_\_\_

Geschlecht: weiblich männlich Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

kastriert: ja nein bei Katzen: Freigänger ja nein

OP-Versicherung: ja nein Krankenversicherung: ja nein wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Chip: ja nein wenn ja, Chipnummer: \_\_\_\_\_

Haustierarzt: \_\_\_\_\_

sollen wir Ihren Tierarzt in Form eines Berichtes über die Behandlung heute informieren? ja nein

Ich bezahle (bitte ankreuzen)

bar  EC (mit PIN)  Rechnung/Ratenzahlung (siehe BFS)

Bei Bezahlung bar/ EC ist die Rechnung am Ende jeder Behandlung bzw bei Abholung des Tieres zu begleichen.

Ist eine Bezahlung **per Rechnung** (Ratenzahlung) gewünscht, erfolgt dies über die **BFS health finance GmbH**.

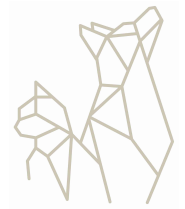
Vereinbarte Termine sind verbindlich. Wird ein Termin nicht wahrgenommen und nicht abgesagt, stellen wir eine **Ausfallpauschale von 30 Euro** in Rechnung.

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistung des Kleintierzentrums Grünstadt zu schließen. Im Falle einer Rechnungsstellung stimme ich der Prüfung meiner Bonität zu.

Sollten Sie die Praxis ohne zu bezahlen verlassen, behalten wir uns vor Ihre Rechnung an die BFS abzutreten.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_



Kleintier Zentrum Grünstadt

Industriestraße 7  
67269 Grünstadt

T +49 (0)6359 91 63 700

F +49 (0)6359 91 63 799

info@tierarzt-gruenstadt.de

www.tierarzt-gruenstadt.de

## Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass das Kleintierzentrum Grünstadt (verantwortlich: Serafine Curtiss, Jutta Bauer) 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

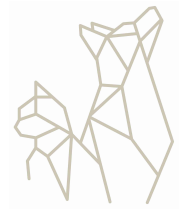
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt werden dürfen
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen tierärztlicher Überweisungen an anderer Tierarztpraxen, - kliniken übermittelt werden dürfen
- ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen weiterführender Diagnostik an Untersuchungslabore und Institute übermittelt werden dürfen
- Ich willige ein, dass mich das Kleintierzentrum Grünstadt telefonisch, per Post oder E- Mail über Laborergebnisse 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

---

Ort/Datum

---

Unterschrift Tierhalter



## Anmeldeformular

### Angaben zum Tierhalter

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Angaben zum Patienten

Name des Tieres: \_\_\_\_\_

Art/Rasse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum Tier: \_\_\_\_\_

Geschlecht: weiblich männlich Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

kastriert: ja nein bei Katzen: Freigänger ja nein

OP-Versicherung: ja nein Krankenversicherung: ja nein wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Chip: ja nein wenn ja, Chipnummer: \_\_\_\_\_

Haustierarzt: \_\_\_\_\_

sollen wir Ihren Tierarzt in Form eines Berichtes über die Behandlung heute informieren? ja nein

Ich bezahle (bitte ankreuzen)

bar  EC (mit PIN)  Rechnung/Ratenzahlung (siehe BFS)

Bei Bezahlung bar/ EC ist die Rechnung am Ende jeder Behandlung bzw bei Abholung des Tieres zu begleichen.

Ist eine Bezahlung **per Rechnung** (Ratenzahlung) gewünscht, erfolgt dies über die **BFS health finance GmbH**.

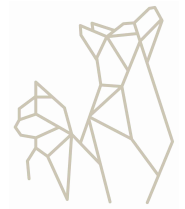
Vereinbarte Termine sind verbindlich. Wird ein Termin nicht wahrgenommen und nicht abgesagt, stellen wir eine **Ausfallpauschale von 30 Euro** in Rechnung.

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistung des Kleintierzentrums Grünstadt zu schließen. Im Falle einer Rechnungsstellung stimme ich der Prüfung meiner Bonität zu.

Sollten Sie die Praxis ohne zu bezahlen verlassen, behalten wir uns vor Ihre Rechnung an die BFS abzutreten.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_



Kleintier Zentrum Grünstadt

Industriestraße 7  
67269 Grünstadt

T +49 (0)6359 91 63 700  
F +49 (0)6359 91 63 799

info@tierarzt-gruenstadt.de  
www.tierarzt-gruenstadt.de

## Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass das Kleintierzentrum Grünstadt (verantwortlich: Serafine Curtiss, Jutta Bauer) 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

- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt werden dürfen
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen tierärztlicher Überweisungen an anderer Tierarztpraxen, - kliniken übermittelt werden dürfen
- ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen weiterführender Diagnostik an Untersuchungslabore und Institute übermittelt werden dürfen
- Ich willige ein, dass mich das Kleintierzentrum Grünstadt telefonisch, per Post oder E- Mail über Laborergebnisse 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

---

Ort/Datum

---

Unterschrift Tierhalter





## Anmeldeformular

### Angaben zum Tierhalter

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Angaben zum Patienten

Name des Tieres: \_\_\_\_\_

Art/Rasse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum Tier: \_\_\_\_\_

Geschlecht: weiblich männlich Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

kastriert: ja nein bei Katzen: Freigänger ja nein

OP-Versicherung: ja nein Krankenversicherung: ja nein wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Chip: ja nein wenn ja, Chipnummer: \_\_\_\_\_

Haustierarzt: \_\_\_\_\_

sollen wir Ihren Tierarzt in Form eines Berichtes über die Behandlung heute informieren? ja nein

Ich bezahle (bitte ankreuzen)

bar  EC (mit PIN)  Rechnung/Ratenzahlung (siehe BFS)

Bei Bezahlung bar/ EC ist die Rechnung am Ende jeder Behandlung bzw bei Abholung des Tieres zu begleichen.

Ist eine Bezahlung **per Rechnung** (Ratenzahlung) gewünscht, erfolgt dies über die **BFS health finance GmbH**.

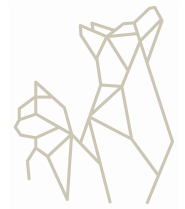
Vereinbarte Termine sind verbindlich. Wird ein Termin nicht wahrgenommen und nicht abgesagt, stellen wir eine **Ausfallpauschale von 30 Euro** in Rechnung.

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistung des Kleintierzentrums Grünstadt zu schließen. Im Falle einer Rechnungsstellung stimme ich der Prüfung meiner Bonität zu.

Sollten Sie die Praxis ohne zu bezahlen verlassen, behalten wir uns vor Ihre Rechnung an die BFS abzutreten.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_



Kleintier Zentrum Grünstadt

Industriestraße 7  
67269 Grünstadt

T +49 (0)6359 91 63 700  
F +49 (0)6359 91 63 799

info@tierarzt-gruenstadt.de  
www.tierarzt-gruenstadt.de

## Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass das Kleintierzentrum Grünstadt (verantwortlich: Serafine Curtiss, Jutta Bauer) 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

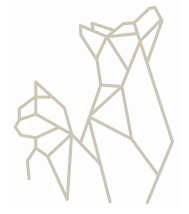
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt werden dürfen
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen tierärztlicher Überweisungen an anderer Tierarztpraxen, - kliniken übermittelt werden dürfen
- ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen weiterführender Diagnostik an Untersuchungslabore und Institute übermittelt werden dürfen
- Ich willige ein, dass mich das Kleintierzentrum Grünstadt telefonisch, per Post oder E- Mail über Laborergebnisse 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

---

Ort/Datum

---

Unterschrift Tierhalter



## Anmeldeformular

### Angaben zum Tierhalter

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Angaben zum Patienten

Name des Tieres: \_\_\_\_\_

Art/Rasse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum Tier: \_\_\_\_\_

Geschlecht: weiblich männlich Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

kastriert: ja nein bei Katzen: Freigänger ja nein

OP-Versicherung: ja nein Krankenversicherung: ja nein wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Chip: ja nein wenn ja, Chipnummer: \_\_\_\_\_

Haustierarzt: \_\_\_\_\_

sollen wir Ihren Tierarzt in Form eines Berichtes über die Behandlung heute informieren? ja nein

Ich bezahle (bitte ankreuzen)

bar  EC (mit PIN)  Rechnung/Ratenzahlung (siehe BFS)

Bei Bezahlung bar/ EC ist die Rechnung am Ende jeder Behandlung bzw bei Abholung des Tieres zu begleichen.

Ist eine Bezahlung **per Rechnung** (Ratenzahlung) gewünscht, erfolgt dies über die **BFS health finance GmbH**.

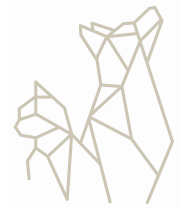
Vereinbarte Termine sind verbindlich. Wird ein Termin nicht wahrgenommen und nicht abgesagt, stellen wir eine **Ausfallpauschale von 30 Euro** in Rechnung.

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistung des Kleintierzentrums Grünstadt zu schließen. Im Falle einer Rechnungsstellung stimme ich der Prüfung meiner Bonität zu.

Sollten Sie die Praxis ohne zu bezahlen verlassen, behalten wir uns vor Ihre Rechnung an die BFS abzutreten.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_



Kleintier Zentrum Grünstadt

Industriestraße 7  
67269 Grünstadt

T +49 (0)6359 91 63 700

F +49 (0)6359 91 63 799

info@tierarzt-gruenstadt.de

www.tierarzt-gruenstadt.de

## Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass das Kleintierzentrum Grünstadt (verantwortlich: Serafine Curtiss, Jutta Bauer) 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

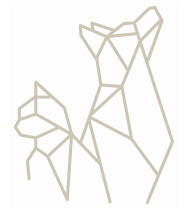
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt werden dürfen
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen tierärztlicher Überweisungen an anderer Tierarztpraxen, - kliniken übermittelt werden dürfen
- ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen weiterführender Diagnostik an Untersuchungslabore und Institute übermittelt werden dürfen
- Ich willige ein, dass mich das Kleintierzentrum Grünstadt telefonisch, per Post oder E- Mail über Laborergebnisse 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

---

Ort/Datum

---

Unterschrift Tierhalter



## Anmeldeformular

### Angaben zum Tierhalter

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Angaben zum Patienten

Name des Tieres: \_\_\_\_\_

Art/Rasse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum Tier: \_\_\_\_\_

Geschlecht: weiblich männlich Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

kastriert: ja nein bei Katzen: Freigänger ja nein

OP-Versicherung: ja nein Krankenversicherung: ja nein wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Chip: ja nein wenn ja, Chipnummer: \_\_\_\_\_

Haustierarzt: \_\_\_\_\_

sollen wir Ihren Tierarzt in Form eines Berichtes über die Behandlung heute informieren? ja nein

Ich bezahle (bitte ankreuzen)

bar  EC (mit PIN)  Rechnung/Ratenzahlung (siehe BFS)

Bei Bezahlung bar/ EC ist die Rechnung am Ende jeder Behandlung bzw bei Abholung des Tieres zu begleichen.

Ist eine Bezahlung **per Rechnung** (Ratenzahlung) gewünscht, erfolgt dies über die **BFS health finance GmbH**.

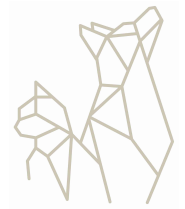
Vereinbarte Termine sind verbindlich. Wird ein Termin nicht wahrgenommen und nicht abgesagt, stellen wir eine **Ausfallpauschale von 30 Euro** in Rechnung.

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistung des Kleintierzentrums Grünstadt zu schließen. Im Falle einer Rechnungsstellung stimme ich der Prüfung meiner Bonität zu.

Sollten Sie die Praxis ohne zu bezahlen verlassen, behalten wir uns vor Ihre Rechnung an die BFS abzutreten.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_



Kleintier Zentrum Grünstadt

Industriestraße 7  
67269 Grünstadt

T +49 (0)6359 91 63 700  
F +49 (0)6359 91 63 799

info@tierarzt-gruenstadt.de  
www.tierarzt-gruenstadt.de

## Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass das Kleintierzentrum Grünstadt (verantwortlich: Serafine Curtiss, Jutta Bauer) 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

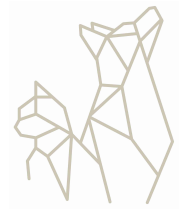
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt werden dürfen
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen tierärztlicher Überweisungen an anderer Tierarztpraxen, - kliniken übermittelt werden dürfen
- ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen weiterführender Diagnostik an Untersuchungslabore und Institute übermittelt werden dürfen
- Ich willige ein, dass mich das Kleintierzentrum Grünstadt telefonisch, per Post oder E- Mail über Laborergebnisse 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

---

Ort/Datum

---

Unterschrift Tierhalter



## Anmeldeformular

### Angaben zum Tierhalter

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Angaben zum Patienten

Name des Tieres: \_\_\_\_\_

Art/Rasse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum Tier: \_\_\_\_\_

Geschlecht: weiblich männlich Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

kastriert: ja nein bei Katzen: Freigänger ja nein

OP-Versicherung: ja nein Krankenversicherung: ja nein wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Chip: ja nein wenn ja, Chipnummer: \_\_\_\_\_

Haustierarzt: \_\_\_\_\_

sollen wir Ihren Tierarzt in Form eines Berichtes über die Behandlung heute informieren? ja nein

Ich bezahle (bitte ankreuzen)

bar EC (mit PIN) Rechnung/Ratenzahlung (siehe BFS)

Bei Bezahlung bar/ EC ist die Rechnung am Ende jeder Behandlung bzw bei Abholung des Tieres zu begleichen.

Ist eine Bezahlung **per Rechnung** (Ratenzahlung) gewünscht, erfolgt dies über die **BFS health finance GmbH**.

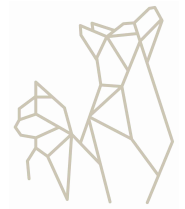
Vereinbarte Termine sind verbindlich. Wird ein Termin nicht wahrgenommen und nicht abgesagt, stellen wir eine **Ausfallpauschale von 30 Euro** in Rechnung.

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistung des Kleintierzentrums Grünstadt zu schließen. Im Falle einer Rechnungsstellung stimme ich der Prüfung meiner Bonität zu.

Sollten Sie die Praxis ohne zu bezahlen verlassen, behalten wir uns vor Ihre Rechnung an die BFS abzutreten.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_



Kleintier Zentrum Grünstadt

Industriestraße 7  
67269 Grünstadt

T +49 (0)6359 91 63 700  
F +49 (0)6359 91 63 799

info@tierarzt-gruenstadt.de  
www.tierarzt-gruenstadt.de

## Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass das Kleintierzentrum Grünstadt (verantwortlich: Serafine Curtiss, Jutta Bauer) 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

- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt werden dürfen
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen tierärztlicher Überweisungen an anderer Tierarztpraxen, - kliniken übermittelt werden dürfen
- ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen weiterführender Diagnostik an Untersuchungslabore und Institute übermittelt werden dürfen
- Ich willige ein, dass mich das Kleintierzentrum Grünstadt telefonisch, per Post oder E- Mail über Laborergebnisse 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

---

Ort/Datum

---

Unterschrift Tierhalter





## Anmeldeformular

### Angaben zum Tierhalter

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Angaben zum Patienten

Name des Tieres: \_\_\_\_\_

Art/Rasse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum Tier: \_\_\_\_\_

Geschlecht: weiblich männlich Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

kastriert: ja nein bei Katzen: Freigänger ja nein

OP-Versicherung: ja nein Krankenversicherung: ja nein wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Chip: ja nein wenn ja, Chipnummer: \_\_\_\_\_

Haustierarzt: \_\_\_\_\_

sollen wir Ihren Tierarzt in Form eines Berichtes über die Behandlung heute informieren? ja nein

Ich bezahle (bitte ankreuzen)

bar EC (mit PIN) Rechnung/Ratenzahlung (siehe BFS)

Bei Bezahlung bar/ EC ist die Rechnung am Ende jeder Behandlung bzw bei Abholung des Tieres zu begleichen.

Ist eine Bezahlung **per Rechnung** (Ratenzahlung) gewünscht, erfolgt dies über die **BFS health finance GmbH**.

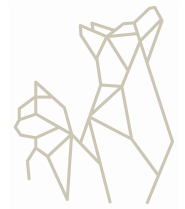
Vereinbarte Termine sind verbindlich. Wird ein Termin nicht wahrgenommen und nicht abgesagt, stellen wir eine **Ausfallpauschale von 30 Euro** in Rechnung.

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistung des Kleintierzentrums Grünstadt zu schließen. Im Falle einer Rechnungsstellung stimme ich der Prüfung meiner Bonität zu.

Sollten Sie die Praxis ohne zu bezahlen verlassen, behalten wir uns vor Ihre Rechnung an die BFS abzutreten.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_



Kleintier Zentrum Grünstadt

Industriestraße 7  
67269 Grünstadt

T +49 (0)6359 91 63 700  
F +49 (0)6359 91 63 799

info@tierarzt-gruenstadt.de  
www.tierarzt-gruenstadt.de

## Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass das Kleintierzentrum Grünstadt (verantwortlich: Serafine Curtiss, Jutta Bauer) 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

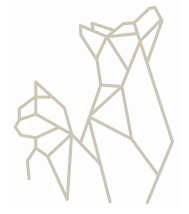
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt werden dürfen
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen tierärztlicher Überweisungen an anderer Tierarztpraxen, - kliniken übermittelt werden dürfen
- ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen weiterführender Diagnostik an Untersuchungslabore und Institute übermittelt werden dürfen
- Ich willige ein, dass mich das Kleintierzentrum Grünstadt telefonisch, per Post oder E- Mail über Laborergebnisse 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

---

Ort/Datum

---

Unterschrift Tierhalter



## Anmeldeformular

### Angaben zum Tierhalter

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Angaben zum Patienten

Name des Tieres: \_\_\_\_\_

Art/Rasse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum Tier: \_\_\_\_\_

Geschlecht: weiblich männlich Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

kastriert: ja nein bei Katzen: Freigänger ja nein

OP-Versicherung: ja nein Krankenversicherung: ja nein wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Chip: ja nein wenn ja, Chipnummer: \_\_\_\_\_

Haustierarzt: \_\_\_\_\_

sollen wir Ihren Tierarzt in Form eines Berichtes über die Behandlung heute informieren? ja nein

Ich bezahle (bitte ankreuzen)

bar  EC (mit PIN)  Rechnung/Ratenzahlung (siehe BFS)

Bei Bezahlung bar/ EC ist die Rechnung am Ende jeder Behandlung bzw bei Abholung des Tieres zu begleichen.

Ist eine Bezahlung **per Rechnung** (Ratenzahlung) gewünscht, erfolgt dies über die **BFS health finance GmbH**.

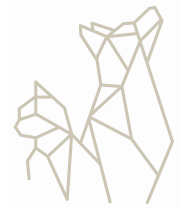
Vereinbarte Termine sind verbindlich. Wird ein Termin nicht wahrgenommen und nicht abgesagt, stellen wir eine **Ausfallpauschale von 30 Euro** in Rechnung.

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistung des Kleintierzentrums Grünstadt zu schließen. Im Falle einer Rechnungsstellung stimme ich der Prüfung meiner Bonität zu.

Sollten Sie die Praxis ohne zu bezahlen verlassen, behalten wir uns vor Ihre Rechnung an die BFS abzutreten.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_



Kleintier Zentrum Grünstadt

Industriestraße 7  
67269 Grünstadt

T +49 (0)6359 91 63 700  
F +49 (0)6359 91 63 799

info@tierarzt-gruenstadt.de  
www.tierarzt-gruenstadt.de

## Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass das Kleintierzentrum Grünstadt (verantwortlich: Serafine Curtiss, Jutta Bauer) 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

- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt werden dürfen
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen tierärztlicher Überweisungen an anderer Tierarztpraxen, - kliniken übermittelt werden dürfen
- ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen weiterführender Diagnostik an Untersuchungslabore und Institute übermittelt werden dürfen
- Ich willige ein, dass mich das Kleintierzentrum Grünstadt telefonisch, per Post oder E- Mail über Laborergebnisse 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

---

Ort/Datum

---

Unterschrift Tierhalter