



Tierärztliche Gemeinschaftspraxis  
**Dr. Nicole Lange & Volker Löffler**  
 prakt. Tierärzte

Schachtstr. 67 · 45768 Marl  
 Tel.: 0 23 65 / 20 76 20 · Fax: 20 76 21



Herzlich Willkommen in unserer Tierarztpraxis.

Bitte füllen Sie zur Erstbehandlung Ihres Tieres diesen Anmeldebogen sowie die Einwilligung zur Datennutzung aus, damit wir Sie in unserer Patientenkartei aufnehmen können.

## Anmeldebogen

### Angaben zum Besitzer:

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_ Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

e-Mail (zur Impferinnerung): \_\_\_\_\_

### Angaben zum Tier:

(Ruf-)Name des Tieres: \_\_\_\_\_

Tierart:  Hund  Katze  Kaninchen  Meerschweinchen  Andere \_\_\_\_\_

Rasse: \_\_\_\_\_ Farbe: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Chip, Tätowierung: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich  kastriert

Hat Ihr Tier eine dauerhafte Erkrankung und bekommt dafür täglich Medikamente?

Nein

Ja, welche? \_\_\_\_\_

### Zahlungsart (bitte ankreuzen):

Ich verpflichte mich zur Übernahme der entstehenden Kosten und erkläre gleichzeitig, dass ich in der Lage bin, die Behandlungskosten zu tragen. Impfungen, Behandlungen und Operationen müssen grundsätzlich sofort oder bei Abholung des Tieres bezahlt werden.

**Bevorzugte Zahlungsmethode:**  bar  EC-Karte

**Ist ihr Tier krankensichert?**  Nein  Ja: Name der Versicherung \_\_\_\_\_

Ist der Auftraggeber nicht Eigentümer des Tieres, verpflichtet sich der Auftraggeber zur Übernahme der Untersuchungs- und Behandlungskosten.



Tierärztliche Gemeinschaftspraxis  
**Dr. Nicole Lange & Volker Löffler**  
 prakt. Tierärzte  
 Schachtstr. 67 · 45768 Marl  
 Tel.: 0 23 65 / 20 76 20 · Fax: 20 76 21



## Einwilligung zur Datennutzung für weitere Zwecke

### Angaben zur Person:

Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass die oben genannte tierärztliche Gemeinschaftspraxis Dr. Lange / Löffler (verantwortlich: Dr. Nicole Lange) meine personenbezogenen Daten aus der Patientenkartei zum Zwecke der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages auf der Grundlage der gesetzlichen Berechtigungen erhebt und speichert.

### Zudem willige ich ein, dass die erhobenen Daten:

- auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt werden dürfen.
- soweit erforderlich und notwendig im Rahmen einer tierärztlichen Überweisung an andere Tierarztpraxen, -kliniken übermittelt werden dürfen.
- soweit erforderlich und notwendig im Rahmen weiterführender Diagnostik an Untersuchungslabore und Institute übermittelt werden dürfen.
- soweit erforderlich und notwendig an die Tierärztliche Verrechnungsstelle übermittelt werden dürfen.

Außerdem willige ich ein, dass mich die tierärztliche Gemeinschaftspraxis Dr. N. Lange & V. Löffler telefonisch, per Post oder per Email über Laborergebnisse, Terminplanung und Impferinnerungen informiert.

Im Falle eine Weiterführung der Praxis durch einen Nachfolger, wird Ihre Einwilligung zur Speicherung der Daten erneut erhoben.

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

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