

Herzlich willkommen in unserer Tierarztpraxis  
**Patientenaufnahmeschein**



**KLEINTIERPRAXIS  
NACHTIGALL**

Rundum gut versorgt

Lange Str. 49  
49632 Essen

(Bitte in Druckschrift ausfüllen!)

**Für unsere Kartei erbitten wir folgende Angaben**  
**Personenbezogene Daten zum Tierhalter:**

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

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

Straße und Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ und Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: Festnetz: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

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

**... und zum Tier:**

Tierart: \_\_\_\_\_ Fellfarbe u. Gewicht: \_\_\_\_\_

Rufname des Tieres: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Rasse: \_\_\_\_\_ Geschlecht: ☐ weibl. ☐ männl.  
☐ kastriert

Bekommt folgende Medikamente / vorbehandelt mit:

\_\_\_\_\_

OP-Versicherung: ☐ nein ☐ ja, bei \_\_\_\_\_

**Haustierarzt (Name, Anschrift):**

\_\_\_\_\_

**Zahlungsmöglichkeiten:**

**Ich zahle: ☐ bar ☐ per EC-Karte**

**Hinweis zur Abrechnung im Notdienst!**  
**Es wird eine Notdienstgebühr in Höhe von 50 € netto**  
**zzgl. zur Behandlung fällig. Die Berechnung erfolgt**  
**zum 2-fachen Satz (gesetzlich vorgeschrieben).**

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und deshalb berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung erforderlicher Behandlungen und Operationen zu schließen. Ich versichere ferner, dass ich Willens und in der Lage bin, die dadurch entstehenden Kosten zu tragen. Ich erkläre in diesem Zusammenhang, dass ich mich zum Zeitpunkt dieser Erklärung in keinem gerichtlichen Schuldenverfahren befinde, und dass das Schuldnerverzeichnis des für mich zuständigen Amtsgerichts keine Eintragungen über meine Person aufweist.

Sofern ich nicht Halter des Tieres 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 den Inhaber und die Mitarbeiter der Praxis, Leistungen Dritter (Labors, Spezialuntersuchungsanstalten u.ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.

**Bitte die Rückseite bzgl. Ihrer  
Einwilligungserklärung zur  
Datennutzung ausfüllen**

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift

# Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken nach DSGVO

Kleintierpraxis Nachtigall

Lange Str. 49

49632 Essen (Oldb.)

Telefon: 05434 / 522 12 03

---

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die tierärztliche Praxis von Conny Nachtigall und Dr. Sonja von Berg meine auf der Anmeldung angegebenen personenbezogenen Daten (Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse) zum Zwecke der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhebt. Ihre Telefonnummer und E-Mail-Adresse nutzen wir, um auf schnellem Wege mit Ihnen zu kommunizieren, falls es während einer Behandlung dringend notwendig ist oder auch, um Behandlungstermine abzustimmen.

Bei Zustandekommen eines Behandlungsvertrags werden vorgenannte Daten für eine Dauer von mindestens 10 Jahren ab Erhebungsdatum bei uns gespeichert. Grundlage dafür sind steuerrechtliche Verpflichtungen, Rechnungsdaten mindestens für diese Zeitspanne aufzubewahren. Die erhobenen Daten werden nach Ablauf dieses Zeitraums gelöscht, es sei denn, es stehen steuerrechtliche oder andere gesetzliche Verpflichtungen dagegen oder sie sind weiterhin zur Erfüllung des ursprünglichen Zwecks, für den sie verarbeitet wurden, erforderlich.

Für jede darüberhinausgehende 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 für Impferinnerungen genutzt werden dürfen.

☐ Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen tierärztlicher Überweisungen an andere 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 die Tierarztpraxis Nachtigall & von Berg telefonisch oder per Whats App über Laborergebnisse und Terminplanung informiert.

☐ Ich willige ein, dass mich die Tierarztpraxis Nachtigall & von Berg telefonisch, per E-Mail oder Post über Aktuelles, Leistungen, Neuigkeiten, Impferinnerungen o.ä. informiert.

☐ Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch im Rahmen einer Weiterführung der Praxis durch einen Nachfolger weiter bestimmungsgemäß genutzt werden dürfen.

Essen, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_