

# Patientenaufnahmeschein/Behandlungsvertrag des Tierärztlichen Kleintierzentrums Hanauerland (TK Hanauerland)



Aufgrund gesetzlicher Verpflichtungen müssen wir für die korrekte Erfassung und sicheren Verarbeitung Ihrer personen- und tierbezogenen Daten die nachfolgend aufgeführten Informationen erfassen.

Auf Wunsch erhalten Sie gern eine Kopie dieses Formulars.

Vielen Dank für Ihre vollständigen Angaben in DRUCKBUCHSTABEN. Wenden Sie sich für Fragen oder Ausfüllhilfe gern an uns.

## Angaben zum Auftraggeber (Das Geburtsdatum ist zur Identifikation / ggf. Rechnungslegung erforderlich)

Name Vorname Geb.-Datum

Strasse PLZ Wohnort

Telefon privat Telefon dienstlich

E-Mail Mobiltelefon

Ggf. durch uns auszufüllen: Personalausweis-Nr.: gültig bis:

Ausstellende Behörde / Ort:

## Angaben zum Patienten

Name des Tieres Tierart/Rasse Geburtsdatum

Identifizierung/Tät Nummer Farbe Gewicht

männlich  weiblich  kastriert / sterilisiert? Bei Katzen: Freigänger?  ja  nein

## Dient das Tier einem wirtschaftlichen Nutzen oder zur Lebensmittelgewinnung?

Ja; Nutzung als  Lebensmitteltier  Zucht  Nein

Tierkranken- oder OP-Versicherung  ja  Nein /  O weiss ich nicht?

Haustierarzt: Überweisender Tierarzt

Anschrift Anschrift

## Welchen Dritten dürfen wir telefonisch oder persönlich Auskünfte erteilen? (ohne Angaben zu dieser Frage können wir nur Ihnen Auskünfte erteilen)

Haustierarzt  Überweisender Tierarzt  Bitte keine Information weitergeben!

Ehegatte/Lebenspartner (Name, Geb.-Datum)

Sonstige (Name, Geb.-Datum)

## Erklärungen des / der Auftraggeber / -in

Hiermit beauftrage ich das TK Hanauerland mit der Erbringung tierärztlicher Leistungen für das oben angegebene Tier.

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres, geschäftsfähig und berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistungen des TK Hanauerland zu schliessen. Sofern ich nicht der 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.

.....X  
Datum Unterschrift

## Zahlungsmodalitäten

Wir berechnen unsere Leistungen auf Grundlage der Gebührenordnung für Tierärzte (GOT) und unsere Medikamente auf Grundlage der Arzneimittel-Preisverordnung (AmPreisV). Ausserhalb der Kernsprechzeiten im Wochenend-, Feiertags- und Notdienst werden unsere Leistungen mit einem erhöhten Gebührensatz abgerechnet. Wir bitten um Begleichung der Rechnung im Anschluss an jede Behandlung bzw. bei Abholung des Tieres. Grundlegend ist die aus der Erbringung tierärztlicher Leistungen, ggf. der Unterbringung und Betreuung Ihres Tieres sowie der Verbrauchsgüter, der Medikamentenanwendung oder -abgabe, Futter-, Futterzusatzmittel oder Zubehörabgabe entstehende Forderung in bar oder per EC-Karte zu begleichen. Die Zahlung der Rechnung ist spätestens nach Erbringung unserer Dienstleistung, unabhängig von dem Behandlungserfolg fällig.

## Information zur Rechnungs- oder Ratenzahlung:

Die vorab zu vereinbarende Rechnungs- oder Ratenzahlung bedingt die Übermittlung der personen- und tierbezogenen Daten an die Verrechnungsstelle BFS HealthFinance, an die wir unsere Forderungen abtreten, die Sie uns genehmigen müssen. BFS nimmt eine Prüfung Ihrer Angaben vor. Hierfür werden Sie gebeten, sich uns gegenüber mit Ihrem Personalausweis auszuweisen.

Sollte BFS es ablehnen, unsere Forderung an Sie zu übernehmen, werden den Mitarbeitern des TK Hanauerland die Gründe hierfür nicht mitgeteilt, ebenso wenig können wir die Entscheidung der BFS beeinflussen. Dann muss die Zahlung in bar oder per EC-Karte erfolgen. Eine Rechnungszahlung ist für Halter mit ausländischem Wohnsitz, Firmen und Vereine grundsätzlich nicht möglich. (Nähere Infos zu dem Vorgang klären Sie bitte mit BFS, Tel.für Tierhalter: 0231 – 945 362-999, Mail: [kundenservice@meinebfs.de](mailto:kundenservice@meinebfs.de))

**Ich möchte meine Rechnung folgendermassen zahlen (bitte ankreuzen):**

bar       EC-Karte       Rechnung (nur bei vorheriger Genehmigung)

Falls ich eine Rechnungszahlung beantrage, bin ich mit der Übermittlung der personen- und tierbezogenen sowie der rechnungsbezogenen Daten an die Verrechnungsstelle BFS HealthFinance einverstanden.

.....X  
Datum      Unterschrift

**Allgemeine Datenschutzhinweise (siehe auch unser Merkblatt „Information zum Datenschutz“)**

Unsere tierärztlichen wie auch die nicht-tierärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind aufgrund der EU-Datenschutz-Grundverordnung, § 203 Strafgesetzbuch (StGB), § 17 Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb (UWG), der Besonderen Geheimhaltungs-vorschriften unserer Klinik zur Berufsverschwiegenheit verpflichtet.

Zur Verschwiegenheit zählen der Umstand des Zustandekommens des Patientenverhältnisses und sämtliche Informationen, die Sie als Patientenhalter im Rahmen des Patientenverhältnisses in Bezug auf sich selbst oder Ihr Tier bzw. dessen Einsatz, Beschaffenheit, Vorerkrankungen oder tierärztliche Vorbehandlungen mitteilen. Dabei ist zu beachten, dass ein Mandatsverhältnis nicht bereits mit einer Anfrage zustande kommt. Dennoch werden wir Informationen, die sich aus solchen Anfragen ergeben, ebenfalls vertraulich behandeln. Sämtliche für das Kleintierzentrums tätigen Personen sind mit den aktuellen Datenschutz- und Geheimhaltungsvorschriften vertraut und entsprechend geschult.

**Einwilligung in die Datennutzung zu aktuellen 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, soweit erforderlich und genehmigt im Rahmen tierärztlicher Rücküberweisungen an andere Tierarztpraxen, -kliniken unverschlüsselt per E-Mail, Schnittstelle oder Fax übermittelt werden dürfen.

Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit zur Diagnosefindung erforderlich, im Rahmen weiterführender Diagnostik an Untersuchungslabore und Institute unverschlüsselt per E-Mail, Schnittstelle oder Fax übermittelt werden dürfen.

Ich willige ein, dass mich das TK Hanauerland telefonisch oder unverschlüsselt per E-Mail, Schnittstelle oder Fax über den aktuellen tiermedizinischen Stand, Labor-ergebnisse und den finanziellen Stand der Rechnung informiert

Ich willige ein, dass mich das TK Hanauerland über Dienstleistungen und wichtige Termine (Infoabende, Halterinformationen, Impferinnerungen etc.) informiert .....X  
Datum      Unterschrift

**Sämtliche Einwilligungen können von Ihnen jederzeit durch schriftliche Mitteilung widerrufen werden.**

**Schlussbestimmungen für den Dienstleistungsvertrag**

Für sämtliche Auseinandersetzungen erkenne ich Kehl als Gerichtsstand an. Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht, unabhängig vom Wohnsitz des Auftraggebers. Ist eine Bestimmung dieses Vertrags unwirksam, werden die übrigen Bestimmungen dieses Vertrages in ihrer Wirksamkeit nicht berührt. Die unwirksame bzw. undurchführbare Bestimmung ist durch eine solche Bestimmung zu ersetzen, die dem wirtschaftlich von den Vertragsparteien Gewolltem am nächsten kommt. Gleiches gilt im Falle einer Vertragslücke.

**Unterschrift: Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Personalien sowie meiner Angaben.**

Das Merkblatt «Information zum Datenschutz des TK Hanauerland» sowie die „Information BFS nach Art. 14 DSGVO“ habe ich zur Kenntnis genommen.

.....X  
Datum      Unterschrift

**Angaben gem. der Dienstleistungsinformationspflichten-Verordnung (DVinvoV):**

Tierärztliches Kleintierzentrum Hanauerland

Tierarzt Plus Kehl GmbH

Hauptstr. 186

77694 Kehl am Rhein

Telefon: 07851 – 7 62 78

Landestierärztekammer und Schlichtungsstelle:LTK Baden-Württemberg

Am Kräherwald 219, 70193 Stuttgart

[www.ltk-bw.de](http://www.ltk-bw.de) | Mail: [info@ltk-bw.de](mailto:info@ltk-bw.de)

Umsatzsteuer-ID: beantragt

Mail: [info@tierarzt-kehl.de](mailto:info@tierarzt-kehl.de)

**Berufshaftpflichtversicherung** : Continentale Versicherung  
Ruhrallee 92-94, 44139 Dortmund, Deutschland