ANMELDEBOGEN & BEHANDLUNGSVERTRAG

Kleintierpraxis im Schloss – Dr. med. vet. Katharina Blocksiepen

Sehr geehrte Tierhalterin, sehr geehrter Tierhalter,

wir freuen uns, Sie und Ihr Tier in unserer Praxis begrüßen zu dürfen!

Für eine bestmögliche Behandlung und eine reibungslose Abwicklung benötigen wir einige Angaben von Ihnen. Alle Informationen unterliegen der tierärztlichen Schweigepflicht (§ 203 StGB) sowie den Vorgaben der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). Bitte lesen Sie vorab unser ausliegendes, laminiertes „Informationsblatt zum Datenschutz“ (Stand: 12.11.2026), das wir Ihnen zusammen mit diesem Bogen vorlegen.

1. ANGABEN ZUR **TIERHALTERIN / ZUM TIERHALTER (Eigentümer/in)**

Nachname: _____ Vorname: _____

Straße & Hausnr.: _____

PLZ & Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon / Mobil: _____

E-Mail-Adresse: _____

2. ANGABEN ZUM **PATIENTEN (Tier)**

Tierart: _____ Name des Tieres: _____

Rasse: _____ Fellfarbe: _____

Geschlecht: [ ] männl. [ ] weibl. Kastriert: [ ] nein [ ] ja

Geburtsdatum / Alter: _____ Gewicht (ca.): _____

Chipnummer (falls bekannt): _____

Ist Ihr Tier krankenversichert? [ ] nein [ ] ja, bei: _____

(Bitte teilen Sie uns Änderungen beim Versicherungsstatus stets mit!)

Überweisung durch Klinik/Praxis? [ ] nein [ ] ja, durch: _____

3. BEHANDLUNGSAUFTRAG, TERMINABSAGE, ZAHLUNG & DATENSCHUTZ-KENNTNISNAHME

Behandlungsauftrag & Pflichtangaben:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben unter Ziffer 1 und 2 und erteile den Auftrag zur Untersuchung und Behandlung meines Tieres. Die Erfassung meiner Stammdaten (Name, Anschrift, Geburtsdatum zur eindeutigen Identifikation sowie Telefonnummer für medizinische Rückfragen) ist für den Abschluss und die Erfüllung des Behandlungsvertrags erforderlich (Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO); ohne diese Basisdaten kann keine Behandlung erfolgen. Soweit es zur Diagnosefindung erforderlich ist, ermächtige ich die Praxis, Leistungen externer Speziallabore (z. B. IDEXX, Laboklin, Synlab) in Anspruch zu nehmen und die hierfür nötigen Proben- und Halterdaten zu übermitteln; insoweit entbinde ich das Praxisteam von der tierärztlichen Schweigepflicht.

Terminabsage (Bestellpraxis):

Wir arbeiten nach dem Bestellsystem und reservieren vereinbarte Termine exklusiv für Ihr Tier. Können Sie einen Termin nicht wahrnehmen, sagen Sie diesen bitte mindestens 24 Stunden vorher ab. Bei nicht rechtzeitig abgesagten oder versäumten Terminen, die wir kurzfristig nicht anderweitig vergeben können, sind wir berechtigt, ein angemessenes Ausfallhonorar entsprechend den geplanten Leistungen nach der Gebührenordnung für Tierärzte (GOT) abzüglich ersparter Aufwendungen zu berechnen, sofern Sie das Versäumnis zu vertreten haben bzw. Annahmeverzug vorliegt. Es bleibt Ihnen ausdrücklich unbenommen nachzuweisen, dass uns kein oder ein wesentlich geringerer Ausfall entstanden ist.

Zahlungsweise & Kenntnisnahme Datenschutz:

Ich begleiche meine Rechnung sofort am Behandlungs- bzw. Operationstag in bar oder per EC-Karte (sofern keine abweichende Abrechnungsart vereinbart wurde).

Das ausliegende „Informationsblatt zum Datenschutz für Tierhalterinnen und Tierhalter“ (Stand: 12.11.2026) habe ich vor Unterzeichnung zur Kenntnis genommen. Es hängt zudem im Wartezimmer aus, ist online unter www.ktp-imschloss.de einsehbar und wird mir auf Wunsch jederzeit als Ausdruck ausgehändigt.

_____ _____

Ort, Datum **1. Unterschrift Tierhalter/in**

(Behandlungsvertrag & Kenntnisnahme)

4. FREIWILLIGE EINWILLIGUNGEN & SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG (Optional)

Die nachfolgenden Einwilligungen sind freiwillig; der Behandlungsvertrag kommt auch ohne Ankreuzen zustande. Sie können jede erteilte Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen (z. B. mündlich in der Praxis oder per E-Mail an mail@ktp-imschloss.de).

Bitte kreuzen Sie an, womit Sie einverstanden sind:

==========

[ ] Elektronische Kommunikation (E-Mail / SMS / WhatsApp):

Ich willige ein, dass die Praxis meine Telefonnummer und E-Mail-Adresse auch für den unverschlüsselten Versand von Befunden/Dokumenten sowie zur Terminabstimmung per E-Mail, SMS oder ggf. WhatsApp nutzt.

[ ] Impf- und Vorsorge-Erinnerungen (Recall):

Ich möchte zukünftig (z. B. per E-Mail, SMS oder petsXL) an anstehende Impfungen, Vorsorge- oder Kontrolluntersuchungen meines Tieres erinnert werden.

[ ] KI-gestützte Sprachdokumentation im Behandlungsraum (vetOS):

Ich willige ein, dass während des Behandlungsgesprächs temporäre Sprachaufnahmen zur automatisierten Erstellung der Behandlungsdokumentation angefertigt werden. Die Tonaufnahme wird spätestens nach 48 Stunden automatisch gelöscht.

[ ] Kommunikation mit Kliniken, Versicherungen & Direktabrechnung Labor:

Ich willige ein und entbinde das Praxisteam insoweit von der Schweigepflicht, dass bei Bedarf Vorberichte, Befunde sowie mein Name und meine Anschrift an mit-/weiterbehandelnde Tierarztpraxen/Kliniken, zuständige Apotheken, meine Tierkrankenversicherung oder – bei direkter Laborabrechnung mit mir – zu Abrechnungszwecken an das Fremdlabor übermittelt werden dürfen.

[ ] Abrechnung über Verrechnungsstellen / Teilzahlung (falls vereinbart):

Sofern eine Rechnungsstellung oder Finanzierung über eine externe Stelle erfolgt, willige ich in die Übermittlung der Abrechnungsdaten an die Tierärztliche Verrechnungsstelle Heide (TV Heide) bzw. die TVD Finanz GmbH & Co. KG ein und entbinde die Praxis insoweit von der Schweigepflicht.

[ ] Registrierung in Haustierregistern (Chipnummer):

Sofern durch die Praxis vorgenommen, willige ich ein, dass meine Kontaktdaten, die Tierdaten und die Chipnummer an ein Haustierregister (z. B. TASSO, FINDEFIX) übermittelt werden (Änderungen/Löschungen erfolgen danach direkt beim jeweiligen Register).

_____ _____

Ort, Datum **2. Unterschrift Tierhalter/in**

(Für die unter Ziff. 4 gewählten Punkte)

KLEINTIERPRAXIS
im Schloss

