

Anmeldeformular

Ihr Tier in



besten Händen

Herzlich Willkommen in unserer Tierarztpraxis in Altomünster!

1. Angaben zum Patientenbesitzer

Name : _____

Telefon: _____

Vorname: _____

E-Mail : _____

Wohnort/ Straße:

2. Angaben zum Tier

Tierart		Geschlecht:	
Rasse		Kastriert	
Name		Geb. Datum:	
Farbe		Gewicht:	

ChipNr: _____

Bekommt ihr Tier regelmäßig Medikamente?

Gab es schon Unfälle oder andere Krankheiten bei ihrem Tier?

Ist ihr Tier ängstlich oder aggressiv gegenüber anderen Tieren, bzw. Menschen?

3. Hinweise

In unserer Praxis ist es möglich, mit EC – Karten zu bezahlen oder gleich Bar quittiert. Rechnungen werden nicht ausgestellt.

Sollte Ihr Tier aus medizinischen Gründen an eine Klinik überwiesen werden müssen, bitten wir sie, diese Einwilligung zu unterschreiben, somit können wichtige Befunde wie Röntgenbilder oder Blutergebnisse von uns direkt an die behandelnde Klinik/Tierarzt weitergeleitet werden.

Ja, ich willige ein, dass die bei der Tierarztpraxis Eberhard, Gewerbepark 19, 85250 Altomünster über mich gespeicherten personenbezogenen Daten (Name, Anschrift, Telefonnummer(n), E-Mailadresse, Behandlungshistorie meines/meiner bis zum heutigen Tag behandelten Tieres / Tiere) an die übermittelt werden und von dieser zum Zwecke der weiteren Behandlung meines Tieres / meiner Tiere weiterverarbeitet und genutzt werden dürfen. Jegliche Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt nur zu den genannten Zwecken und in dem zur Erreichung dieser Zwecke erforderlichen Umfang. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____