



**Kleintierpraxis Stein**  
Tierärztin Jasmin Lindgens

## Für unsere Patienkartei erbitten wir folgende Angaben

### Besitzer-Daten:

\_\_\_\_\_  
Name des Besitzers:

\_\_\_\_\_  
Straße:

\_\_\_\_\_  
PLZ / Ort:

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer:

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

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

### Tier-Daten:

Tierart:  Hund  Katze  Sonstiges: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Tiername:

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

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

Geschlecht:  männlich  weiblich  kastriert

\_\_\_\_\_  
Fellfarbe:

\_\_\_\_\_  
Chip-, Tattoo-Nr.:

Tierkrankenversicherung:  Nein  Ja

\_\_\_\_\_  
Namen der Versicherung:

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer:

Wie dürfen wir Sie mit unserem kostenlosen Erinnerungsservice kontaktieren?

Telefonisch       E-Mail       Postalisch

Sie kommen zur Behandlung in eine Praxis, die nach Terminsprechstunde geführt wird. Dies bedeutet, dass der vereinbarte Termin ausschließlich für Sie und Ihr Tier reserviert ist. Daraus folgt jedoch, dass Sie, wenn Sie die vereinbarten Termine nicht wahrnehmen, diesen spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit anderweitig verplanen können. Diese Vereinbarung gründet zugleich beidseitige vertragliche Pflichten.

Ich bezahle meine Rechnung       bar       via ec-Karte / Kreditkarte

Ich bevorzuge folgende Behandlungsmethoden

Schulmedizin       Naturheilkunde       beides

### **Schweigepflichtentbindungserklärung:**

Hinweis:

Sicher haben Sie Verständnis dafür, dass wir die Leistungen in unserer Praxis nur erbringen können, wenn auch unsere Rechnungen pünktlich bezahlt werden. Aufgrund negativer Erfahrungen benötigen wir von Ihnen die nachstehende Erklärung, von der ausschließlich dann Gebrauch gemacht wird, wenn Sie die Rechnung(en) trotz erfolgter Zahlungserinnerung nicht innerhalb der genannten Frist bezahlt haben.

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass oben genannte Tierärztin zum Zwecke der Abrechnung und des Forderungseinzuges alle erforderlichen Angaben zu meiner Person (Patientenanschrift, Geburtsdatum, Forderungshöhe – nur wenn erforderlich – Behandlungsdaten und Diagnose) an ein Inkassounternehmen und / oder Rechtsanwalt weiterleitet.

Die Mitarbeiter: innen des Inkassounternehmens / Rechtsanwaltskanzlei unterliegen den Bestimmungen der DSGVO.2

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift