



## Anmeldeformular und Einwilligung zur Datennutzung

### Auftraggeber:

Vorname, Name:

Straße/Nr.:

Postleitzahl:  Wohnort:

Geburtsdatum:  Telefon:

E-Mail:  Handy:

### Tierdaten:

Hund     Katze     Heimtier     Vogel     Reptil

Name:  Chipnummer:

Rasse:  letzte Impfung:

Geburtsdatum:  letzte Wurmkur:

Geschlecht:  männlich     weiblich    Kastriert?  ja     nein

Gewicht:  Farbe:

regelmäßige Medikamente:

sonstige Angaben/ Grund des Besuchs:

### Bitte ankreuzen:

- Mir ist bewusst, dass tierärztliche Leistungen, Medikamente und Materialien stets im Anschluss in bar oder per EC-Cash zu begleichen sind. Ferner stimme ich den AGBs der Tierärztlichen Gemeinschaftspraxis Dr. Steinmaßl & Dr. Schneider zu.
- Ich willige mit meiner Unterschrift zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß Datenschutzgrundverordnung zu. Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

## **Diese Einwilligungen sind Voraussetzung dafür, dass eine Behandlung Ihrer Tiere durchgeführt werden kann.**

Gemäß gesetzlicher Vorgaben rechnen wir unsere tierärztlichen Leistungen nach GOT (Gebührenordnung für Tierärzte) und AMPreisV (Arzneimittelpreisverordnung) ab. Bitte beachten Sie, dass wir im Nacht- und Notdienst verpflichtet sind, Zuschläge zu erheben. Ihre personenbezogenen Daten werden gemäß DSGVO (Datenschutzgrundverordnung) verarbeitet. Unsere allgemeinen Geschäftsbedingungen und Datenschutzerklärung liegen im Wartezimmer aus und sind auf unserer Webseite [www.petdoc-freilassing.de](http://www.petdoc-freilassing.de) einzusehen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Personalien und gebe den Auftrag zur Untersuchung/Behandlung meines Tieres.

Datum:  Unterschrift:.....