

## Patientenaufnahmeschein

Für unsere Krankenkartei erbitten wir folgende Angaben:

### Tierhalter:

Name, Vorname:	<input type="text"/>
Straße:	<input type="text"/>
PLZ, Ort:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>
e-Mail:	<input type="text"/>

### Tier:

Tierart:	<input type="text"/>
Rufname des Tieres:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Rasse:	<input type="text"/>
Farbe/Besonderheiten:	<input type="text"/>
Geschlecht:	<input type="text"/>
Kastriert (ja/nein)	<input type="text"/>
Chip-Nr.:	<input type="text"/>
Heimtierausweis-Nr.	<input type="text"/>
Vorerkrankungen:	<input type="text"/>
Dauermedikamente:	<input type="text"/>
Patient wurde überwiesen? wenn ja von wem?	<input type="text"/>
Tierkrankenversicherung ja/nein und Gesellschaft:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="text"/>

## Einwilligungserklärung Datennutzung zu weiteren Zwecken (DSGVO)

Name, Vorname:	<input type="text"/>
----------------	----------------------

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die o.g. tierärztliche Praxis meine auf der Anmeldung angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhebt.

Für jede darüber hinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen, ebenso für eine Weiterleitung an Dritte, bedarf es regelmäßig Ihrer Einwilligung. Eine solche Einwilligung können Sie nachfolgend freiwillig erteilen.

### Einwilligung in die Datennutzung zu 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 notwendig im Rahmen tierärztlicher Überweisungen an andere Tierarztpraxen, -kliniken übermittelt werden dürfen.
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen weiterführender Diagnostik an Untersuchungslabore und Institute übermittelt werden dürfen.
- Ich willige ein, dass mich die tierärztliche Praxis Dr. Kühnert telefonisch über Laborergebnisse und Terminplanung informiert.
- Ich willige ein, dass mich die tierärztliche Praxis Dr. Kühnert per Post oder mail (z.B. Impferinnerungen) informiert.

Ort/Datum

.....

Unterschrift