

Patientenaufnahmeschein

Für unsere Patientenkartei erbitten wir folgende Angaben:
(sind Ihre Daten noch aktuell?)

Name des Auftraggebers:

Vorname:

Straße, Hausnummer.:

PLZ, Wohnort:

Telefon:

e-mail Adresse:

Beruf:
(freiwillige Angaben)

Geb. Datum:

Angaben zum Tier:

Name:

Rasse:

Tierart:

Geschlecht:

Geburtsdatum:

Farbe:

Gewicht:

Chipnummer:

Der Behandlungsvertrag und die Einwilligungserklärung zu Datennutzung zu weiteren Zwecken gilt, bis Widerruf, für o.g. Tier und alle weiteren Tiere auf meiner Karte.

Eine eventuelle Mithilfe bei der Behandlung des kranken Tieres erfolgt freiwillig und unter Ausschluss jeglicher Haftung, soweit zulässig. Mit der Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme und mein Einverständnis.

Behandlungsvertrag

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres/der Tiere und deshalb berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung erforderlicher Behandlungen und Operationen zu schließen, ich versichere ferner, das ich willens und in der Lage bin, die dadurch entstehenden Kosten zu tragen. Ich erkläre in diesem Zusammenhang, dass ich mich zum Zeitpunkt dieser Erklärung in keinem gerichtlichen Schuldenverfahren befinde, und dass das Schuldnerverzeichnis des für mich zuständigen Amtsgerichtes keine Eintragung über meine Person aufweist.

Sofern ich nicht Halter des Tieres bin, versichere ich, im ausdrücklichen Auftrag des Tierhalters zu handeln. Fehlt es an einer Bevollmächtigung, oder stellt der Tierhalter eine Bevollmächtigung in Abrede, bestätige ich hiermit, dass ich für die entstehenden Kosten aus der Behandlung aufkommen werde.

Soweit es zur Diagnosefindung erforderlich ist, ermächtige ich den Inhaber und die Mitarbeiter der Praxis. Leistungen dritter (Labors, Spezialuntersuchungsanstalten u. ä.) in meinen Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.

Ich zahle die entstehenden Kosten sofort in bar oder per EC-Karte (mit Geheimzahl). Wir nehmen keine Kreditkarten und schreiben keine Rechnungen.

Düsseldorf, den

(Unterschrift)

(bei Minderjährigen Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)

Die Tierarztpraxis in Benrath
DR. MED. VET. CLAUDIA MAMEROW

Einwilligungserklärung zu Datennutzung zu weiteren Zwecken

**Die Tierarztpraxis in Benrath
Dr. med. vet. Claudia Mamerow
Bonner Str. 323
40589 Düsseldorf
0211-716113
info@tierarzt-benrath.de**

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die Tierarztpraxis Dr. Claudia Mamerow meine auf der Anmeldung angegebenen personenbezogenen Daten zum Zweck 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 Weiterleitung an Dritte, bedarf es Ihrer Einwilligung.

Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken

1. Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt werden dürfen.
2. Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen tierärztlicher Überweisungen an andere Tierarztpraxen, -kliniken übermittelt werden dürfen.
3. Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen weiterführender Diagnostik an Untersuchungslabore und Institute übermittelt werden dürfen.
4. Ich willige ein, dass mich die tierärztliche Praxis. Dr. Claudia Mamerow telefonisch über Laborergebnisse und Terminplanung informiert.
5. Ich willige ein, dass mich die tierärztliche Praxis. Dr. Claudia Mamerow telefonisch, per Post und per Email informiert (z.B. Impferinnerungen).
6. Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen der Buchhaltung und des Rechnungswesen an externe Unternehmen übermittelt werden dürfen.
7. Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch im Rahmen einer Weiterführung der Praxis durch einen Nachfolger weiter bestimmungsgemäß genutzt werden dürfen.

Düsseldorf, den

(Unterschrift)

(bei Minderjährigen Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)



Fragebogen zur Ernährung Ihres Haustieres

Wir sind der Ansicht, dass umfassende Informationen der Schlüssel für eine optimale Gesundheitsvorsorge Ihres Tieres sind. Bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit, um die folgenden Fragen zu beantworten. Wir werden Ihre Antworten in die Untersuchung mit einbeziehen.

Name des Tieres: _____

Alter: _____ Körpergewicht: _____ Datum: _____

1. Wo lebt Ihr Tier? Wohnung Haus mit Freigang
2. Gibt es noch weitere Tiere im Haushalt? Nein Ja Welche Tiere? _____
3. Wann und wie füttern Sie Ihr Tier? (Mehrfachnennungen möglich) Morgens Mittags
 Abends Ad libitum (zur freien Verfügung)
4. Welche Art Futter erhält Ihr Tier zur Zeit? Trockenfutter Dosenfutter und/oder Frischebeutel
 Selbst zubereitetes Futter Sonstiges

Welche Marke verwenden Sie hauptsächlich? _____

Wo kaufen Sie es? _____

5. Überprüfen Sie die Menge der täglichen Ration? Ja Nein
Falls ja, wie? Messbecher Waage Augenmaß

6. Welche Art von Leckerlies bekommt Ihr Haustier? _____

Wie viele/wie häufig? _____

7. Wer füttert Ihr Tier? Nur Sie selbst Sie selbst und andere Personen Wer? _____

8. Hat Ihr Tier in der letzten Zeit eines oder mehrere der aufgelisteten Anzeichen gezeigt?

- Gewicht:** Abgenommen Zugenommen
Futteraufnahme: Weniger Mehr
Wasseraufnahme: Weniger Mehr

9. Kennen Sie das Idealgewicht Ihres Tieres? Ja Nein _____ kg

10. Wieviel Bewegung erhält Ihr Tier jeden Tag? Bis 20 Minuten 25 bis 60 Minuten > 1 Stunde

11. Ist Ihnen eines der folgenden Anzeichen aufgefallen?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Begrüßt die Familie weniger aktiv | <input type="checkbox"/> Erbrechen oder Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Schläft vermehrt am Tag oder weniger in der Nacht | <input type="checkbox"/> Blähungen oder Verstopfung |
| <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten beim Aufstehen oder Treppensteigen | <input type="checkbox"/> Stumpfes Fell oder Haarverlust |
| <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten zu Springen, Laufen oder Rennen | <input type="checkbox"/> Jucken, Kratzen oder Lecken |
| <input type="checkbox"/> Veränderung des Appetits | <input type="checkbox"/> Schlechter Geruch von Haut und Fell |
| <input type="checkbox"/> Schlechter Atem, Zahnbelag | <input type="checkbox"/> Rote Punkte oder Flecken |
| <input type="checkbox"/> Zahnverlust, Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> „Unfälle“ (Urin/Kot) im Haus |
| | <input type="checkbox"/> Häufigeres Harnabsetzen |

12. Weitere Anmerkungen:

