

# Anmeldeformular

Sehr geehrte Patientenbesitzer,  
herzlich willkommen in der AniCura Berlin-Biesdorf GmbH. Um Sie und Ihr Tier näher kennenzulernen, möchten wir Ihnen vorab einige Fragen stellen. Bitte füllen Sie dazu diesen Fragebogen aus. Falls Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.  
Sorgfalt und Transparenz ist die Grundlage für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit Ihnen. Daher informieren wir Sie auf Seite 2 darüber, wie wir Ihre Daten verarbeiten und wie Sie Ihre Rechte wahrnehmen können, die Ihnen nach der Datenschutz-Grundverordnung und unserer Datenschutzerklärung [https://www.mars.com/privacy] zustehen.  
Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Bitte füllen Sie das Formular in Druckbuchstaben aus.

GRUND DES KLINIK-/PRAXISBESUCHES: \_\_\_\_\_

TIERHALTER  AUFTRAGGEBER

Nachname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße/Nr. \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

(wird ausschließlich zur Rechnungsstellung benötigt)

Telefon \_\_\_\_\_

Handy\* \_\_\_\_\_

E-Mail\*\* \_\_\_\_\_

ANGABEN ZUM HAUSTIERARZT

Name \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

ja, ich möchte eine Impferinnerung per SMS/E-Mail

PATIENTENANGABEN

Name \_\_\_\_\_

Tierart  Hund  Katze

Sonstiges \_\_\_\_\_

Rasse \_\_\_\_\_  Mischling

Farbe \_\_\_\_\_

Geschlecht  weiblich  männlich  kastriert

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_

Tattoo-Nr. \_\_\_\_\_

Chip-Nr. \_\_\_\_\_

Auslandsaufenthalt  ja, wo \_\_\_\_\_  nein

Versicherung  Vollvers.  OP-Vers.  Haftpflichtvers.  
 keine

Ich bin gewerbsmäßiger Tierhalter  ja  nein

Das Tier wird zur Erfüllung hoheitlicher Aufgaben gehalten (z.B. Polizeidienst)  ja  nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung  Homepage  Überweisung  Google-Suche  Yameda  PetLeo  Printmedien

Social Media: \_\_\_\_\_  Sonstige: \_\_\_\_\_

Ich möchte die Behandlung  bar  mit EC-Karte bezahlen.

Wir bevorzugen kontaktlose Zahlungsmittel. Die Vergütung tierärztlicher Leistungen richtet sich nach der Gebührenordnung für Tierärzte (GOT).

Bitte haben Sie Verständnis, dass alle Behandlungen, klinische Leistungen und Medikamentenabgaben grundsätzlich nicht auf offene Rechnung erfolgen können. Alle Operationen müssen sofort bei der Abholung des Patienten bezahlt werden.

Bitte unterschreiben Sie das Dokument auf nachfolgender Seite!

**Ich versichere**, dass ich Halter des Tieres und berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistungen der AniCura Berlin-Biesdorf GmbH zu schließen. 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.

- Ich bestätige die Richtigkeit meiner umseitig aufgeführten Personalien und gebe den Auftrag zur Untersuchung bzw. Behandlung und – falls erforderlich – zur Operation meines Tieres.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass an vor- oder nachbehandelnde Tierärzte Befunddaten weitergegeben werden. Falls ich dies nicht wünsche, komme ich auf Sie zu.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass bei Vorstellung im Notdienst alle Leistungen im Rahmen der Gebührenordnung für Tierärzte einen Zuschlag erfahren, und erkläre mich damit einverstanden.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass ich mir jederzeit eine Kostenschätzung geben lassen kann. Sollte ich eine solche benötigen, oder Fragen zu Kosten haben, komme ich von mir aus auf Sie zu.
- Ich bestätige, dass mein Tier nicht der Lebensmittelgewinnung dient. Falls dies doch der Fall ist, informiere ich die AniCura Berlin-Biesdorf GmbH darüber.
- Ich bestätige, dass mein Tier nicht zu einem landwirtschaftlichen Bestand gehört. Falls dies doch der Fall ist, informiere ich die AniCura Berlin-Biesdorf GmbH darüber.

**Ich wurde auf das Bestehen der AGB und deren Inhalt hingewiesen. Den Text der vor Ort ausgelegten AGB habe ich zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der Einbeziehung der AGB in das Behandlungsverhältnis einverstanden.**

#### **Allgemeine Datenschutzhinweise:**

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist die AniCura Berlin-Biesdorf GmbH, vertreten durch Dr. med. vet. Norina Römer, Dr. med. vet. Sebastian Römer. Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter: AniCura Berlin-Biesdorf GmbH | Datenschutzbeauftragter | Alt Biesdorf 22 | 12683 Berlin-Biesdorf | Telefon 030 - 5143760 | [www.anicura.de/berlin-biesdorf](http://www.anicura.de/berlin-biesdorf) | E-Mail: [datenschutz.berlin.biesdorf@anicura.de](mailto:datenschutz.berlin.biesdorf@anicura.de).

**AniCura ist Teil der Mars Veterinary Health Unternehmensgruppe. In der Datenschutzerklärung von Mars [<https://www.mars.com/privacy>] können Sie sich darüber informieren, wie AniCura und unser Eigentümer Mars Petcare [<https://deu.mars.com/made-by-mars/petcare>] Ihre Daten erheben und verarbeiten, wie Sie uns bei Fragen zum Datenschutz kontaktieren können und wie Sie Ihre Rechte in Bezug auf personenbezogene Daten wahrnehmen können.**

Wir verwenden die von Ihnen mit diesem Formular erhobenen personenbezogenen Daten zur Durchführung des Dienstleistungsvertrags. Eine Verarbeitung zu anderen Zwecken erfolgt nur aufgrund einer entsprechenden Rechtsgrundlage.

Wenn Sie von einer anderen Tierarztpraxis/Tierklinik an uns überwiesen werden, erhalten wir von der überweisenden Tierarztpraxis/Tierklinik vorab folgende personenbezogenen Daten: Name, Adresse, Telefonnummer.

#### **Unsere Tierärzte, sowie sämtliche Mitarbeiter sind aufgrund:**

- § 203 Strafgesetzbuch (StGB, Verletzung von Privatgeheimnissen)
- dem Gesetz zum Schutz von Geschäftsgeheimnissen (GeschGehG)
- von individuellen arbeits- bzw. dienstvertraglichen Regelungen; sowie
- von weiteren, intern geregelten Geheimhaltungsvorschriften unserer Praxis; zur Berufsverschwiegenheit verpflichtet.

**Gemäß der Verordnung über Informationspflichten für Dienstleistungserbringer vom 17.5.2010 möchten wir Ihnen hiermit die folgenden Informationen zugänglich machen:**

Geschäftsführung: Dr. med. vet. Norina Römer, Dr. med. vet. Sebastian Römer

Registereintrag: Amtsgericht Ulm | HRB 743498

Zuständige Behörden: Tierärztekammer Berlin | [www.tieraerztekammer-berlin.de](http://www.tieraerztekammer-berlin.de)

Umsatzsteuerident-Nr.: DE353516955

Gesetzliche Berufsbezeichnung: Tierarzt, verliehen in Deutschland

Berufshaftpflichtversicherung: Alte Leipziger Versicherung AG | Alte Leipziger Platz 1 | 61440 Oberursel | [service@alte-leipziger.de](mailto:service@alte-leipziger.de)

#### **Informationen nach § 3 der Dienstleistungs-Informationspflichten-Verordnung**

Berufsrechtliche Regelungen: Es gilt die Berufsordnung der Tierärztekammer Tierärztekammer Berlin, einsehbar auf [www.tieraerztekammer-berlin.de](http://www.tieraerztekammer-berlin.de), sowie die Gebührenordnung für Tierärzte (GOT), einsehbar auf [www.tieraerzteverband.de](http://www.tieraerzteverband.de)

Schlichtungsstelle: Bei der Tierärztekammer Berlin gibt es eine Schlichtungsstelle für Streitigkeiten zwischen Tierhalter und Tierarzt.

Für sämtliche Auseinandersetzungen erkennen Sie Berlin als Gerichtsstand an.

\* Wenn Sie Ihre Handynummer angeben, können wir Sie per Telefon/SMS über anstehende Termine oder Impfungen informieren. Wenn Sie diese Informationen nicht erhalten möchten, kontaktieren Sie uns bitte unter [datenschutz.berlin.biesdorf@anicura.de](mailto:datenschutz.berlin.biesdorf@anicura.de)

\*\* Wir weisen Sie darauf hin, dass wir und die AniCura die von Ihnen angegebene E-Mail-Adresse verwenden, um Sie nach der durchgeführten Behandlung des Tieres zu Ihrer Zufriedenheit zu befragen und Ihnen weitere Informationen und Angebote von AniCura und damit verbundenen Unternehmen zukommen zu lassen. Sollten Sie keine weitere Zusendung per E-Mail wünschen, können Sie der werblichen Verwendung Ihrer E-Mail-Adresse jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widersprechen und zwar durch Mitteilung an [datenschutz.berlin.biesdorf@anicura.de](mailto:datenschutz.berlin.biesdorf@anicura.de) oder einen Klick auf den Abmeldelink am Ende jeder E-Mail. Die Übermittlung von Befunddaten ist davon nicht betroffen.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Haustierarzt bei Bedarf über meinen Besuch und die durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen informiert wird, damit die künftige Versorgung meines Tieres weiterhin durch möglichst vollständiges Wissen um dessen Krankheitsgeschichte gewährleistet bleibt. Meine Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen, durch Mitteilung an: [datenschutz.berlin.biesdorf@anicura.de](mailto:datenschutz.berlin.biesdorf@anicura.de).

**Mit Ihrer Unterschrift unter diesem Anmeldeformular bevollmächtigen Sie uns ausdrücklich zu dieser Vorgehensweise.**



Berlin-Biesdorf, den \_\_\_\_\_

Datum Unterschrift (bei Minderjährigen ist die Unterschrift eines gesetzlichen Vertreters notwendig)

Tierhalter: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname

Patient: \_\_\_\_\_  
Name

Bekommt Ihr Tier aktuell Medikamente?  ja  nein

Welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hat Ihr Tier eine Medikamenten-  
unverträglichkeit?  ja  nein

Welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hat Ihr Tier schwere Erkrankungen?  ja  nein

Welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ist Ihr Tier bereits einmal operiert worden?  ja  nein

Was? Wann? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ist Ihnen aggressives Verhalten Ihres Tieres  
unter Stress (z. B. beim Tierarztbesuch) bekannt?  ja  nein

Welches? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_