

# Anmeldeformular



**AniCura**  
KLEINTIERFACHPRAXIS  
HAßLOCH

Sehr geehrte Patientenbesitzer,  
herzlich willkommen in der AniCura Kleintierfachpraxis Haßloch 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.

### BESITZERANGABEN

Nachname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße/Nr. \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
(wird ausschließlich zur Rechnungsstellung benötigt)

Telefon \_\_\_\_\_

Telefon gesch. \_\_\_\_\_

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

Fax \_\_\_\_\_

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

### ANGABEN ZUM TIERARZT

Überweisender Tierarzt  Haustierarzt

Name \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Rücküberweisung erwünscht\*\*\*  ja  nein

### PATIENTENANGABEN

Tierart  Hund

Katze  Freigänger  ja  nein

sonstiges \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

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

Farbe \_\_\_\_\_

Geschlecht  weiblich  männlich  kastriert

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

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

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

Auslandsaufenthalt  ja  nein

Ich bin gewerbsmäßiger Tierhalter  ja  nein

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

Ich möchte die Behandlung  bar  mit EC-/Kreditkarte bezahlen

\* 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.hassloch@anicura.de](mailto:datenschutz.hassloch@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.hassloch@anicura.de](mailto:datenschutz.hassloch@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 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.hassloch@anicura.de](mailto:datenschutz.hassloch@anicura.de).

Bekommt Ihr Tier aktuell Medikamente?  ja  nein

Wenn ja, welche?

---

---

Hat Ihr Tier eine Medikamentenunverträglichkeit?  ja  nein

Wenn ja, bei welchem Medikament/Wirkstoff? Wann aufgetreten?

---

---

Hat Ihr Tier schwere Erkrankungen?  ja  nein

Wenn ja, welche?

---

---

Ist Ihr Tier bereits einmal operiert worden?  ja  nein

Wenn ja, wann? Was wurde operiert? Gab es Schwierigkeiten/Narkosezwischenfälle/Wundheilungsstörungen?

---

---

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

Wenn ja, welches?

---

---