

# Anmeldeformular

Sehr geehrte Patientenbesitzer,  
herzlich willkommen in der AniCura Kiel 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

Ich bin gewerbsmäßiger Tierhalter  ja  nein

PATIENTENANGABEN

Name \_\_\_\_\_

Tierart  Hund  Katze

andere \_\_\_\_\_

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

Farbe \_\_\_\_\_

Geschlecht  weiblich  männlich  kastriert

Geburtsdatum/Alter \_\_\_\_\_

Gewicht \_\_\_\_\_

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

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

Versicherung  Vollvers.  OP-Vers.  
 Haftpflichtvers.  keine

Versicherer \_\_\_\_\_

Angaben nur für Katzen  Freiläufer  Wohnungskatze

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

Ich möchte die Behandlung  bar  mit EC-Karte  mit Kredit-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!

\* 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.kiel@anicura.de](mailto:datenschutz.kiel@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.kiel@anicura.de](mailto:datenschutz.kiel@anicura.de) oder einen Klick auf den Abmeldelink am Ende jeder E-Mail. Die Übermittlung von Befunddaten ist davon nicht betroffen.

**Ich versichere**, dass ich Halter des Tieres und berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistungen der AniCura Kiel 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 Kiel GmbH darüber.
- Ich bestätige, dass mein Tier nicht zu einem landwirtschaftlichen Bestand gehört. Falls dies doch der Fall ist, informiere ich die AniCura Kiel 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 Kiel GmbH, vertreten durch Dr. med. vet. Matthias Böhm und Dr. med. vet. Pay Wiemer. Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter: AniCura Kiel GmbH | Datenschutzbeauftragter | Kirchhofallee 70 | 24114 Kiel | [www.anicura.de/kiel](http://www.anicura.de/kiel) | E-Mail: [datenschutz.kiel@anicura.de](mailto:datenschutz.kiel@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)
- § 17 Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb (UWG, Verrat von Geschäfts- und Betriebsgeheimnissen)
- Besonderen, intern geregelten Geheimhaltungsvorschriften unserer Klinik zu 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. Matthias Böhm und Dr. med. vet. Pay Wiemer

Registereintrag: Amtsgericht Kiel | HRB 25527 KI

Umsatzsteuer Ident-Nr.: DE353516939

Zuständige Behörden: Tierärztekammer Schleswig-Holstein Körperschaft des öffentlichen Rechts | [www.tieraerztekammer-schleswig-holstein.de](http://www.tieraerztekammer-schleswig-holstein.de)

Gesetzliche Berufsbezeichnung: Tierarzt, verliehen in Deutschland

Berufshaftpflichtversicherung: Continentale Sachversicherung AG | Ruhrallee 92 | 44139 Dortmund

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

Berufsrechtliche Regelungen: Es gilt die Berufsordnung der Tierärztekammer Tierärztekammer Schleswig-Holstein Körperschaft des öffentlichen Rechts, einsehbar auf [www.tieraerztekammer-schleswig-holstein.de](http://www.tieraerztekammer-schleswig-holstein.de), sowie die Gebührenordnung für Tierärzte (GOT), einsehbar auf [www.tieraerzteverband.de](http://www.tieraerzteverband.de)

Schlichtungsstelle: Bei der Tierärztekammer Schleswig-Holstein Körperschaft des öffentlichen Rechts gibt es eine Schlichtungsstelle für Streitigkeiten zwischen Tierhalter und Tierarzt.

Für sämtliche Auseinandersetzungen erkennen Sie Kiel als Gerichtsstand an.

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



Kiel, den

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