



Tierärztliche Gemeinschaftspraxis Gommerscheid Gommerscheider Str. 5 56581 Ehscheid
Telefon: 02634 3616 Mail: gommerscheid@t-online.de

Neukundenformular - Pferd

Besitzer:

Herr/Frau

Vorname: _____

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____

Handy: _____

Besitzer geboren am: _____

Patient:

Name: _____

Rasse: _____

Farbe: _____

Geschlecht: männlich weiblich kastriert: Ja nein

geboren: _____

Standort: _____

Ich bevollmächtige folgende Person(en), in meinem Namen den Tierarzt zu beauftragen:

Datenschutz: Um Ihr Tier, auch in Ihrer Abwesenheit und außerhalb eines Notfalles, lege artis und tierschutzgerecht versorgen zu können, benötigen wir Ihre Zustimmung zur Verarbeitung und Weitergabe Ihrer Daten, was ausschließlich im Zusammenhang mit der Behandlung Ihres Tieres erfolgt. Im Falle einer ausschließlichen Notversorgung benötigen wir Ihr Einverständnis nicht, da das Tierschutzgesetz als übergeordnetes Gesetz greift.

Ich stimme der Weitergabe meiner Daten ausschließlich im Zusammenhang mit der Behandlung meines Tieres zu (externes Labor, Überweisung zum Kollegen). Die Hinweise zum Datenschutz habe ich auf der Homepage (Impressum/Datenschutz) zur Kenntnis genommen.

Ja nein

Ausfallhonorar: Wir möchten Sie bitten, Termine frühzeitig abzusagen, sollten Sie verhindert sein. Andernfalls haben Sie bitte Verständnis dafür, dass wir Ihnen die für Sie reservierte Zeit in Rechnung stellen (§§7, 8, 10 GOT).

Tierkranken- und/oder OP-Versicherung: Ich stimme mit meiner Unterschrift der Datenweitergabe an die u.g. Versicherung zu.

Name der Versicherung

Versicherungsnummer

Ort, Datum

Unterschrift