

Der Katzenhalter:

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Telefon - privat: _____

- mobil: _____

E-Mail: _____

Zahlung per EC-Karte:

Zahlung erfolgt bar:

Ort, Datum, Unterschrift: _____

Wie sind Sie auf uns gekommen?

Internet wie: (Google, andere Homepage...)

Empfehlung von: _____

Andere _____

Die Katze:

Name: _____ Rasse: _____

Farbe: _____ Geschlecht: _____ kastriert: _____

Geburtstag: _____ Freigänger: _____

Tätowierung rechtes Ohr: _____ Tätowierung linkes Ohr: _____

Mikrochip Nummer: _____

Tier-Krankenversicherung bei welcher Versicherung? _____

Leidet Ihre Katze an einer chronischen Krankheit? _____

Sind Ihnen Allergien oder Überempfindlichkeitsreaktionen z.B. gegen bestimmte Medikamente bekannt? Bitte geben Sie diese Informationen auch nochmals an den Tierarzt in der Behandlung weiter.

Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie ein, dass die Tierärztliche Praxis für Katzen (Verantwortlicher: Dr. Michael Streicher) Ihre, auf der Anmeldung angegebenen, personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages, auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigung, erhebt.

Für jede darüberhinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen, ebenso für eine Weiterleitung an Dritte, bedarf es regelmäßig Ihrer Einwilligung. Eine solche Einwilligung können Sie nachfolgend freiwillig erteilen.

Ihre Einwilligung können Sie jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, durch Mitteilung per Brief an den Tierarzt kostenfrei widerrufen. Die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgte Verarbeitung, wird durch den Widerruf nicht berührt.

Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken

(bitte ankreuzen)

Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt werden dürfen.

Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen tierärztlicher Überweisungen, an andere Tierarztpraxen/-kliniken übermittelt werden dürfen.

Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen weiterführender Diagnostik, an Untersuchungslabore und Institute übermittelt werden dürfen.

Ich willige ein, dass mich die Tierärztliche Praxis für Katzen telefonisch über Laborergebnisse und Terminplanung informieren darf.

Ich willige ein, dass mich die Tierärztliche Praxis für Katzen per Post/ E-Mail informieren darf, z.B. praxisorganisatorische Informationen.

Möchten Sie per E-Mail an die Impfung erinnert werden?

Ja Nein

Ort/ Datum _____ Unterschrift _____