



## Anmeldeformular

### Besitzer

Vorname Name:

Anschrift:

Telefonnummer:

### Tier/Patient

Tier:

Rasse:

Geschlecht:

weiblich

männlich

Kastriert:

Geburtsdatum:

Chipnummern:

Ist Ihr Tier krankenversichert?

Falls ja, wie? (Voll-/ Teilversichert):

nein ja

Bezahlung:

Bitte beachten Sie, dass die Bezahlung nach jeder Behandlung erfolgt!

Bar EC

Impfbenachrichtigungen:

Impfbenachrichtigungen finden per E-Mail statt, bitte geben Sie dazu Ihre E-Mail Adresse an:

Ja Nein

Hiermit weisen wir Sie darauf hin, dass die Daten, welche Sie im Anschluss angeben, elektronisch gespeichert werden. Im Falle von Fremdlaborleistungen werden wir, um das untersuchte Tier zuordnen zu können, Ihren Namen an das jeweilige Labor weitergeben. Des Weiteren gehört es zu unserem Service, Sie jährlich an die ausstehenden Impfungen Ihres Tieres zu erinnern.

Falls Sie diese Informationen nicht wünschen, kreuzen Sie nachstehend bitte „Nein“ an. In den Wartezimmerbereichen werden Sie videoüberwacht. Die Aufnahmen werden täglich nach 24h gelöscht. Mit Ihrer Unterschrift stimmen sie der Datenschutzerklärung zu.

Bitte informieren Sie sich über alle weiteren Datenschutzerklärungen unserer Praxis auf:

[www.tierarztpraxis-kling-erbe.de](http://www.tierarztpraxis-kling-erbe.de)

Auch weitere wichtige Informationen finden Sie auf dieser Seite.

Ort

Datum

Name/Vorname

Unterschrift

