



Anmeldeformular

Für neue Patienten: Bitte vor dem ersten Termin ausfüllen und mitbringen oder per E-Mail senden.

Besitzerin / Besitzer

VORNAME, NAME _____
ANSCHRIFT _____
TELEFON _____ E-MAIL _____

Tier / Patient

TIERART _____ NAME DES TIERES _____
RASSE _____
GESCHLECHT ☐ weiblich ☐ männlich KASTRIERT ☐ ja ☐ nein
GEBURTSDATUM _____
CHIPNUMMER _____

Versicherung, Bezahlung und Impferinnerung

KRANKENVERSICHERUNG ☐ nein ☐ ja ☐ Vollversicherung ☐ Teilversicherung (OP)

VERSICHERUNG _____

BEZAHLUNG ☐ bar ☐ EC-Karte Bitte beachten Sie: Die Bezahlung erfolgt nach jeder Behandlung.

IMPFERINNERUNG ☐ ja, bitte per E-Mail ☐ nein E-Mail-Adresse bitte oben eintragen.

Datenschutz-Hinweis: Ihre Angaben speichern wir elektronisch, um Ihr Tier zu behandeln und abzurechnen. Untersucht ein externes Labor eine Probe, geben wir Ihren Namen weiter, damit die Probe Ihrem Tier zugeordnet werden kann.

An ausstehende Impfungen erinnern wir Sie einmal im Jahr per E-Mail – nur wenn Sie oben „ja“ angekreuzt haben. Sie können die Erinnerung jederzeit abbestellen.

Der Wartezimmerbereich wird videoüberwacht; die Aufnahmen werden nach 24 Stunden gelöscht.

Ausführliche Informationen finden Sie in unserer Datenschutzerklärung auf www.tierarztpraxis-kling-erbe.de/datenschutz.html – auf Wunsch erhalten Sie sie auch ausgedruckt an der Anmeldung.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass meine Angaben richtig sind und ich die Hinweise zum Datenschutz zur Kenntnis genommen habe.

ORT _____ DATUM _____ NAME, VORNAME _____ UNTERSCHRIFT _____