

## Vereinbarung zur Behandlung eines Tieres

Zwischen dem Auftraggeber		Kundennummer: _____
,	<input type="checkbox"/> volljährig <input type="checkbox"/> noch nicht volljährig	(Angabe zur Erfassung der Zustimmungspflicht)
;		
,Telefon		
<input type="checkbox"/> als Tierhalter und/oder	<input type="checkbox"/> Eigentümer des aufzunehmenden Pferdes	
<input type="checkbox"/> gewerblicher Züchter/Händler	<input type="checkbox"/> VAT: _____	

(nachfolgend der „Auftraggeber“) vertreten durch: **Bevollmächtigter des Auftraggebers**

_____	_____
(Straße Hausnummer)	(PLZ Wohnort)
_____	_____
((Mobil-)Telefon, ggf. Telefax)	( E-Mail)
<b>Stalladresse:</b> <input type="checkbox"/> wie Auftraggeber, oder <input type="checkbox"/> _____	

und der Pferdeklinik Bieberstein Altano GmbH, vertr. d. d. Geschäftsführer Dr. Stefan von Bieberstein

(nachfolgend „Pferdeklinik Bieberstein“), gemeinschaftlich („Vertragsparteien“).

**AUFNAHMESCHEIN**

Der Patient		ID:	
Name:			
Rasse:	Farbe:	Geschlecht:	
Geburtsdatum/Alter:			
„Chip“:	Lebens-/Pass-Nr.:		

(nachfolgend das „aufzunehmende Tier“)

**Einlieferung:** \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ , \_\_\_\_ : \_\_\_\_  als stationäre Aufnahme

(Datum, Uhrzeit; der „Einlieferungszeitpunkt“)

Einlieferungsgrund: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Anlass der Behandlung und/oder stationären Aufnahme, vorgesehene(r) Eingriff(e) / OP / Behandlung)

**OP-Erlaubnis bei Kolik/Notfall-OP:**  ja  nein  nach telefonischer Rücksprache \*

\*Für den Fall, dass Sie telefonisch nicht erreichbar sind, möchte Sie die Op  ja  nein

**Haustierarzt/überweisender Tierarzt:**

**Mitteilung an den Haustierarzt gewünscht:**  Nein  Ja

**Vorerkrankungen/Operationen:**  Nein  Ja \_\_\_\_\_

**Medikamentöse Vorbehandlung:**  Nein  Ja \_\_\_\_\_

**Impfstatus**  Tetanus ( \_\_/\_\_ )  Influenza ( \_\_/\_\_ )  Herpes ( \_\_/\_\_ ) ((Datum: Monat/Jahr)

**FEI-/Equidenpass/Heimtierausweis liegt:**  nicht vor  vor, mit Eintragung:  
 Schlachttier  Nicht-Slachttier

**Futter-/Nahrungsmittelunverträglichkeiten:**  Nein  Ja \_\_\_\_\_

**Einstreu**  Stroh  Späne

**Kennt das Pferd die Selbsttränke?**  ja  nein

**Zu beachtende (Verhaltens-)Auffälligkeiten:**  Nein  Ja \_\_\_\_\_

**OP-Versicherung:**  Nein  Ja, bei \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

**Zubehör mitgebracht:**  Nein  Ja \_\_\_\_\_

**Weide-/Paddock-Nutzung:**  Nein  Ja \_\_\_\_\_

**Sonstige Erklärungen des Auftraggebers:** \_\_\_\_\_

## ERKLÄRUNG DES AUFTRAGGEBERS / BEVOLLMÄCHTIGTER

Vorstehende Vertragsbedingungen habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne diese als für die Behandlung des aufzunehmenden Tieres maßgeblich an.

Es wird ausdrücklich versichert, dass der Eigentümer des aufzunehmenden Pferdes – soweit nicht mit dem Auftraggeber bzw. Unterzeichner personengleich – der Behandlung und damit sämtlichen erforderlichen Maßnahmen der Pferdeklinik Bieberstein zugestimmt hat.

**Die Bezahlung bei Abholung muss bar oder per EC-Karte erfolgen.**

Folgende Anlagen liegen dieser Vereinbarung (jeweils unterzeichnet) bei:

Datenschutzerklärung

Operations- und Narkoseformular

Der **FEI-/Equidenpass/Heimtierausweis** des aufzunehmenden Tieres wurde

nicht einbehalten.

einbehalten und wird bei Übernahme des Tieres nach Ende der Behandlung gegen Vorlage des Aufnahmescheins und Ausgleich aller Kosten an der Anmeldung ausgehändigt.

**Der Unterzeichner des Aufnahmescheins/Behandlungsvertrags ist:**

der Auftraggeber

der/die Bevollmächtigte

[Ort], \_\_\_\_\_

(Datum)



(Unterschrift des Auftraggebers / Bevollmächtigten)

(Aufnehmender/diensthabender Tierarzt)

(Stempel/Unterschrift Klinik)

Tag und Uhrzeit der Entlassung: .....

Bezahlung: .....

OP-Versicherung     ja     nein

**Eintrag als Schlachtpferd**     ja     nein

**offene Posten**             ja     nein

Mitgegebene Medikamente: .....

.....

Sonstiges: .....

Besitzer:

Patient: „

ÜTierarzt:

Entlassung durch		am	Uhrzeit
E-Anweisung Besitzer	ausgehändigt	nicht ausgehändigt	mündlich
E-Anweisung ÜTA	per Mail	angerufen	nicht überwiesen
Abgabebelege	ausgehändigt	nicht ausgehändigt	nicht erforderlich
Equidenpass	ausgehändigt	lag nicht vor	
Rechnung	mitgegeben	Barzahlung	EC-Karte
	schicken	OP versicherung	Anzahlung

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Patientenbesitzers oder Vertretung

\_\_\_\_\_

Unterschrift der Klinik

Hiermit erkläre ich,

über den Umgang, die Verarbeitung und den Verbleib meiner persönliche Daten durch das Informationsschreiben in der Version 5.2018 für Patientenbesitzer informiert worden zu sein. Ich erkläre mich durch entsprechendes Ankreuzen der nachstehend aufgeführten freiwilligen Optionen ausdrücklich damit einverstanden, dass

- mein Tier betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Tierärzten und sonstigen Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und Behandlung angefordert werden können
- mein Tier betreffende Behandlungsdaten und Befunde durch die Pferdeklinik an andere Tierärzte und sonstige Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und Behandlung übermittelt werden können
- mich die Pferdeklinik auch über den Behandlungsfall hinaus zu werblichen Zwecken (z.B. Impferinnerung), hinsichtlich Informationsveranstaltungen oder sonstiger Termine informieren darf
- mir die Pferdeklinik auch per E-Mail und „Whatsapp“ unverschlüsselt Informationen, einschließlich Patienten- und Gesundheitsdaten (z.B. Röntgenbilder), auf meinen ausdrücklichen Wunsch hin übermitteln darf

Der Tierhalter stimmt zu, dass Lichtbilder und Videos, die im Rahmen der Behandlung von dem Tier gefertigt werden, durch die Pferdeklinik Bieberstein Altano GmbH unentgeltlich auf der eigenen Homepage, auf Social Media Plattformen und Print-Veröffentlichungengenenutzt werden dürfen.

Bei der Veröffentlichung wird, sofern dies nicht speziell gewünscht wird, kein Bezug zum Tierhalter hergestellt, dieser insbesondere nicht genannt oder anderweitig identifizierbar dargestellt.

Mir ist bekannt, dass diese Einwilligungen jederzeit vollständig oder teilweise für die Zukunft widerrufen werden können.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patientenbesitzer