

**VERTRAGSPARTNER:IN**

Anrede ..... Frau  Herr  Neutral

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Festnetz \_\_\_\_\_ Mobil

E-Mail \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Halter:in des Tieres ist \_\_\_\_\_ Nicht erforderlich, falls Sie selbst Halter:in sind Gewerbliche:r Tierhalter:in: Ja  Nein

**ANGABEN ZUM TIER**

Name des Tieres \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Wenn nicht bekannt, ungefähres Alter

Tierart \_\_\_\_\_ Rasse \_\_\_\_\_

Chipnummer \_\_\_\_\_

Geschlecht ..... Weiblich  Männlich  Kastriert ..... Ja  Nein

Gewicht \_\_\_\_\_ Farbe \_\_\_\_\_

Tier dient der Lebensmittelgewinnung ..... Ja  Nein

Tier eines landwirtschaftlichen Betriebs ..... Ja  Nein

Tier mit hoheitlichen Aufgaben ..... z.B. Polizei, Zoll, Försterei Ja  Nein

Tier ist krankenversichert \_\_\_\_\_ Falls vorhanden Versicherer angeben OP-Versicherung  Krankenvollversicherung

Katze hat Freigang ..... Nur bei Katzen auszufüllen Ja  Nein

**KRANKENGESCHICHTE - Bekannte Vorerkrankung bzw. Dauermedikation**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tier ist geimpft \_\_\_\_\_ Wann (ungefähres Datum) \_\_\_\_\_ und wogegen wurde zuletzt geimpft? Ja  Nein

Tier war im Ausland/kommt aus dem Ausland \_\_\_\_\_ Bei „Ja“ bitte das Land angeben Ja  Nein

**ÜBERWEISENDE PRAXIS/HAUSTIERARZTPRAXIS** ..... Wünschen Sie eine Rücküberweisung? Ja  Nein

Praxis \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

**WELCHEN WEITEREN PERSONEN DÜRFEN WIR AUSKUNFT ERTEILEN?**

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

## ALLGEMEINES

1. Hiermit beauftrage ich die Tierarzt Plus Rhein-Main GmbH (Tierarztpraxis Dr. Maike Höch) mit der Erbringung tierärztlicher Leistungen für das angegebene Tier.
2. Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistungen der Tierarzt Plus Rhein-Main GmbH (Tierarztpraxis Dr. Maike Höch) zu schließen. Sofern ich nicht der Halter des Tieres bin, versichere ich, im ausdrücklichen Auftrag des Tierhalters zu handeln. Fehlt es an einer Bevollmächtigung oder stellt der Tierhalter eine Bevollmächtigung in Abrede, bestätige ich hiermit, dass ich für die entstehenden Kosten der Behandlung aufkommen werde.
3. Auch bei krankenversicherten Tieren erfolgt die Bezahlung in unserer Praxis direkt und **persönlich** durch Sie. Jede Bezahlung hat – unabhängig vom Behandlungserfolg – im Anschluss an die Behandlung oder bei Operationen bei Abholung des Tieres zu erfolgen. Bei Vorstellung des Tieres im Notdienst fällt ein Zuschlag nach der GOT §4 an.  
**Die Bezahlung kann nur per EC-/Kreditkarte oder bar erfolgen.**
4. Soweit es für eine tierärztliche Diagnose erforderlich ist, ermächtigen und bevollmächtigen Sie uns, Leistungen Dritter (wie Labor- oder Spezialuntersuchungen) in Ihrem Namen und auf Ihre Rechnung in Anspruch zu nehmen und für Sie auszulegen.
5. Ist eine Bestimmung dieses Vertrags unwirksam, werden die übrigen Bestimmungen dieses Vertrages in ihrer Wirksamkeit nicht berührt. Die unwirksame bzw. undurchführbare Bestimmung ist durch eine solche Bestimmung zu ersetzen, die dem wirtschaftlich von den Vertragsparteien Gewollten am nächsten kommt. Gleiches gilt im Falle einer Vertragslücke.

## SONSTIGE INFORMATIONEN ZU UNSERER PRAXIS

**Vollständige Kontaktinformationen:** Tierarztpraxis Dr. Maike Höch · Eckenheimer Landstraße 340 · 60435 Frankfurt am Main · 069 90 54 80 10 · info@tierarztpraxis-eckenheim.de · www.dr-hoech.de

**Zuständige Aufsichtsbehörde:** Landestierärztekammer Hessen · Bahnhofstraße 13 · 65527 Niedernhausen · 06127 90 75 0 · info@ltk-hessen.de

**Berufshaftpflicht:** Continentale Versicherungsverbund · 0231 91 90

**Es gelten folgende berufsrechtliche Regelungen:** Bundes-Tierärzteordnung, Gebührenordnung für Tierärzte GOT und Berufsordnung und Heilberufsgesetz Hessen.

Nachname \_\_\_\_\_ In Druckbuchstaben Vorname \_\_\_\_\_ In Druckbuchstaben Geburtsdatum \_\_\_\_\_ C=100 M=82 Y=38 K=26

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Vertragspartner (Auftraggeber)  
(Bei Minderjährigen durch Erziehungsberechtigte)

## INFORMATIONEN ZUR VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN

Im Rahmen der Kundenbeziehung zwischen uns und Ihnen erhebt und verarbeitet die Tierarzt Plus Rhein-Main GmbH die personenbezogenen Daten, die Sie uns bei der Anmeldung zur Verfügung gestellt haben oder die wir im weiteren Verlauf der Kundenbeziehung von Ihnen erhalten. Nähere Informationen zu Art, Umfang, Zweck und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung, Ihren diesbezüglichen Rechten, die Kontaktdaten unseres Datenschutzbeauftragten sowie zahlreiche weitere Informationen können Sie unserer Datenschutzerklärung entnehmen, die in ihrer jeweils aktuellen Fassung online unter [www.dr-hoech.de/datenschutzerklaerung](http://www.dr-hoech.de/datenschutzerklaerung) bereit steht. Gerne stellen wir Ihnen die Datenschutzerklärung auf Ihren Wunsch hin auch als Ausdruck zur Verfügung.