



Gudrun Häss

Tierärztliche Praxis für Osteopathie
und Zeitgemässe Entwurmung
Mauchener Str. 15
DE-79777 Uhlingen-Birkendorf
Tel. +49 (0)171 9570549
info@gudrun-haess.de

Anmeldeformular und Behandlungsvertrag zur Zeitgemäßen (Selektiven) Entwurmung (ZE)

Pferdebesitzer und/oder Rechnungsempfänger:

Adresse:

Email:

Telefon:

(Ergebnisübermittlung, Behandlungsempfehlung und Erinnerung für das nächste Monitoring erfolgt per Email)

Name des Stalles:

Adresse des Stalles:

Tierarzt:

Name des Pferdes

(für gleichzeitige Anmeldung mehrerer Pferde alternatives Anmeldeformular nutzen)

Rasse:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

Nutzung *(Zucht?!, Freizeit, Turnier,...)*:

Haltungsform:

Sind alle Pferde im Bestand in der ZE? Ja Nein

Sind / waren Esel im Betrieb (gemeinsamer Auslauf / Weide)? Ja Nein

Sind / waren Wiederkäuer im Betrieb (gemeinsamer Auslauf / Weide)? Ja Nein

Vorerkrankungen Ihres Pferdes

(Kolik, Durchfall, Kotwasser, Abmagerung, Schweifscheuern, Würmer, ...):

Bisheriges Entwurmungsmanagement, letzte Entwurmung (Zeitpunkt + Wirkstoff):

Die Kosten hängen von den individuell zu bestimmenden Untersuchungen und der individuellen Untersuchungsfrequenz ab (entsprechend der Richtlinien der Zeitgemässen Selektiven Entwurmung). Details entnehmen Sie bitte der beiliegenden Preisliste.

Ich wünsche Einzelrechnung Jahresabo (s. Preisliste) Bestandsrechnung

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie

- die oben eingetragenen Informationen wahrheitsgemäß angegeben haben
- die Informationen zur ZE durchgelesen und verstanden haben (s. separates Infoblatt) und an dieser teilnehmen wollen. Damit sind Sie mit der Durchführung aller notwendigen Untersuchungen und der Rechnungsstellung einverstanden.

Ort , Datum:

Unterschrift Rechnungsempfänger:

Einverständniserklärung zur Datenspeicherung und Datenverarbeitung

Um die Behandlung bzw. die von Ihnen angefragte Diagnostik Ihres Tieres / Ihrer Tiere zu dokumentieren, rechtliche Vorgaben zu erfüllen und Daten verarbeiten zu dürfen, ist es erforderlich, Ihre persönlichen Daten in der Tierärztlichen Praxis zu speichern. Es handelt sich dabei um Ihren Namen, Ihre Kontaktdaten (Telefon, Anschrift, E-Mail), Ihr Geburtsdatum, Anschrift und Kontaktperson Ihres Stalles, sowie der Kontakt zu Ihrem behandelnden Tierarzt. Weiter werden Daten zur Behandlung Ihres Tieres und die Kosten erfasst. Diese Daten werden bei Bedarf an Ihren behandelnden Tierarzt zum Zwecke der Verordnung von Medikamenten oder ggf. zur Behandlungsempfehlung, bzw. bei Bedarf an den Stallbetreiber weitergegeben. Die Weitergabe an weitere Personen erfolgt nur auf Ihren ausdrücklichen Wunsch. Die Vorschriften des Datenschutzes (BDSG, DSGVO) verlangen eine Einwilligung in die Datenspeicherung und Datenverarbeitung. Daher bitten wir Sie, diese Einwilligung zu unterschreiben.

Hiermit willige ich ein, dass die notwendigen Daten zum Zweck der Dokumentation und Abrechnung erhoben, gespeichert und verarbeitet werden. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Der Widerruf beseitigt die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung nicht rückwirkend. Der Tierarzt / die Tierärztin kann nur tätig werden, wenn die Einwilligung zur Datenspeicherung und Datenverarbeitung vor Aufnahme der Tätigkeit des Tierarztes / der Tierärztin vorliegt

Namen Tierhalter in Druckbuchstaben	Datum	Unterschrift des Tierhalters

Verantwortlich für dieses Schreiben ist die Praxisinhaberin Gudrun Häss