



KLEINTIERZENTRUM  
AM WALDPARK

Loschwitzer Str. 3 - 01309 Dresden  
Tel. 0351 31 90 61 40  
info@tierarzt-dresden-waldpark.de

## Anmeldebogen / application form:

Für unsere Patientenkartei erbitten wir folgende Angaben: Please fill in your data:

### Tierhalter: / pet owner:

Herr / Mr.  Frau / Mrs.  divers / dey

Name/surname: \_\_\_\_\_ Vorname/name: \_\_\_\_\_

Anschrift + PLZ /adress + postcode:  
\_\_\_\_\_

Telefon / phone: \_\_\_\_\_ Geb.datum / date of birth: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Impfbenachrichtigung erwünscht? reminder for vaccination?  Ja /yes  Nein / no

### Patient: /Pet:

Rufname des Tieres / name: \_\_\_\_\_ Geb.Datum/ date of birth: \_\_\_\_\_

Tierart / species:  Hund /dog  Katze/ cat  Sonstiges/other: \_\_\_\_\_

Für Kaninchen / for rabbits: Schlachttier / slaughter animal  Nein /no  Ja/yes

Rasse /breed: \_\_\_\_\_ Alter/age: \_\_\_\_\_

Herkunft des Tieres (Land) / origin of the animal (country): \_\_\_\_\_

Geschlecht/ sex:  m /male  w /female  kastr./neutered or spayed

Farbe/Besonderheiten /colour: \_\_\_\_\_

Mikrochip-Nr.: /chip number: \_\_\_\_\_

EU-Heimtierausweisnummer / number from EU- passport: \_\_\_\_\_

Unverträglichkeiten/Vorerkrankungen/incompatibility/pre-existing condition  
\_\_\_\_\_

Dauermedikation/medication: \_\_\_\_\_

Tierkrankenversicherung: /health insurance coverage:  Nein /no  Ja/yes



## Bezahlung / payment

Die anfallenden Kosten sind im Anschluss an jede Behandlung zu begleichen. Dies ist als Barzahlung, EC- oder Kreditkarte möglich. Bei Nichtzahlung behalten wir uns vor die Rechnung zur Bearbeitung an die BFS health finance GmbH weiterzugeben. After every treatment you have to pay with cash, credit card or electronic cash. In default of payment, we reserve the right to pass your invoice to BFS health finance GmbH.

## Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die tierärztliche Praxis *Kleintierpraxis am Waldpark* meine auf der Anmeldung angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhebt.

Für jede darüberhinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen, ebenso für eine Weiterleitung an Dritte, bedarf es meiner Einwilligung.

I am willing to give my data to the *Kleintierpraxis am Waldpark* and they can use it for a contract governing medical treatment. We will not give your data to any third person unless you give us your permission.

## Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken / Permission for the usage of data:

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass: I agree that my data will be:

- die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt werden dürfen, used for further contracts,
- die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen tierärztlicher Überweisungen an andere Tierarztpraxen, -kliniken übermittelt werden dürfen, used and sent to other surgeries,
- die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen weiterführender Diagnostik an Untersuchungslabore und Institute übermittelt werden dürfen, used and sent to other laboratories,
- mich die tierärztliche Praxis *Kleintierpraxis am Waldpark* telefonisch über Laborergebnisse und Terminplanung informiert, used to inform me about appointments and laboratory results via phone number,
- mich die tierärztliche Praxis *Kleintierpraxis am Waldpark* per Post informiert, used to inform me with news via post,
- die erhobenen Daten auch im Rahmen einer Weiterführung der Praxis durch einen Nachfolger weiter bestimmungsgemäß genutzt werden dürfen. used by a successor if that will be the case.

Ort/Datum /place/time: \_\_\_\_\_ Unterschrift/ signature: \_\_\_\_\_