

Tierarztpraxis Susann Gaudlitz

Herzlich Willkommen in unserer Tierarztpraxis- wir freuen uns, dass Sie zu uns gefunden haben und uns Ihren Vierbeiner anvertrauen !

Besitzerdaten:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Wie möchten Sie bezahlen: Bar ☐ Ec-Karte ☐

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefonnummern: _____

E-Mail-Adresse: _____

Tierdaten:

Name: _____

Tierart/ Rasse: _____

Farbe: _____ Geburtstag: _____

Geschlecht: _____ Kastriert: _____

Chip-Nr.: _____

Tierkrankenversicherung: Ja ☐ (Welche) _____ Nein ☐

Bekannte Vorerkrankungen/Allergien: _____

Einwilligung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die tierärztliche Praxis Susann Gaudlitz (verantwortlich Susann Gaudlitz) meine auf der Anmeldung angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrags auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhebt.

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

Unterschrift Patientenbesitzer: _____