



Behandlungsvertrag

Auftraggeber

_____ Name	☐ Tierhalter / Eigentümer
_____ Vorname	☐ in Vertretung des Tierhalters
_____ Straße / Hausnummer	_____ PLZ / Ort
_____ Telefon Festnetz	_____ Telefon mobil
_____ E-Mail	_____ Geburtsdatum

Patient

_____ Tierart	_____ Rasse	_____ Name
_____ Geschlecht	_____ kastriert	_____ Geburtsdatum
_____ Chipnummer	_____ Farbe	_____ Gewicht
_____ Haustierarzt / überweisender Tierarzt		

Zwischen dem Unterzeichner/Tierhalter und Dr. med. vet. Michael Barkhoff (kurz: Tierklinik Nienburg) wird folgender Behandlungsvertrag (Dienstvertrag) geschlossen:

1) Vertragsgrundlagen

Grund der Behandlung / stationären Aufnahme / Operation / Eingriff

Der Unterzeichner versichert, dass er berechtigt ist, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistungen der Tierklinik Nienburg zu schließen. Er bestätigt die Richtigkeit seiner o.a. personenbezogenen Daten.

Die Klinik verpflichtet sich, das Tier so zu behandeln, wie es der tierärztlichen Kunst und Wissenschaft entspricht.

Der Unterzeichner erklärt sein Einverständnis zur Durchführung der notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen.

Der Unterzeichner verpflichtet sich, dass Klinikpersonal von Untugenden seines Tieres, wie z.B. Bissigkeit, in Kenntnis zu setzen.

Anlage zum Behandlungsvertrag

Kundenr.: _____
(Von der Klinikseite auszufüllen)

Name des Besitzers

Name des Patienten

Durchgeführte Impfungen:

Medikamentelle Vorbehandlung bzw. Dauermedikation:

Sonstige Vorerkrankungen oder Operationen:

2) Abrechnung

☐ a) Direktabrechnung

Der Unterzeichner verpflichtet sich, die für die tierärztliche Behandlung des Tieres nach der zurzeit gültigen Gebührenordnung für Tierärzte (GOT) entstehenden Kosten bei der Abholung in bar oder per EC zu begleichen.

Das in der Klinik eingestellte Tier wird nur nach Zahlung der Behandlungskosten und der Kosten für die stationäre Betreuung entlassen.

☐ b) Abrechnung über Dienstleister (bitte anhängendes ARC Formular ausfüllen)

Wir nutzen einen Dienstleister zur Abrechnung über die erbrachten Leistungen. Zum notwendigen und erforderlichen Zweck der Durchführung der entstehenden Vertragsverhältnisse werden über die bereits benannten Daten weitere personenbezogene Daten, wie Bonitätsauskünfte, Geburtsdatum, Bankverbindung verarbeitet. Die von uns beauftragten Dienstleister rechnen die erbrachten Leistungen zudem direkt mit Ihnen ab. Die zu diesem Zweck vom Dienstleister verarbeiteten Daten werden dort nach Zweckerreichung und/oder Ablauf rechtlicher Aufbewahrungsfristen, spätestens jedoch nach 15 Jahren gelöscht. Abrechnung über Dienstleister ist nur mit gültigem Personalausweis und positiver Bonitätsauskunft möglich.

3) Patientenunterlagen

Die in der Klinik angefertigten Krankenunterlagen, insbesondere die Aufzeichnungen über Laborergebnisse, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen bleiben aus urheberrechtlichen Gründen Eigentum der Klinik/Praxis. Der Tierhalter hat keinen Anspruch auf die Herausgabe der Originalunterlagen. Das Recht des Tierhalters auf Einsicht in die Aufzeichnungen, auf die Überlassung von Kopien auf seine Kosten und die Auskunftspflicht des behandelnden Tierarztes im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen bleibt davon unberührt.

4) Datenschutzinformationen

- a) Im Zuge des zwischen Ihnen und uns bestehenden Behandlungsvertrages können Proben des zu behandelnden Tieres zur Auswertung und personenbezogene Daten an Labore weitergegeben werden. Hiermit erkläre ich mich einverstanden.
- b) Den Datenschutzhinweis gem. EU-Datenschutzgrundverordnung habe ich zur Kenntnis genommen.
- c) Widerruf: Die Entscheidungen zu 2 b) und 4 a) können jederzeit ohne Angaben von Gründen für die Zukunft widerrufen oder abgeändert werden. Der Widerruf ist postalisch oder per E-Mail an uns zu senden. Eine Folge des Widerrufs kann dann jedoch sein, dass wir das Behandlungsverhältnis nicht mehr oder nicht mehr im bisherigen Umfang fortführen können.

☐ Ich willige ein in die KI- gestützte Dokumentation von klinisch relevanten Informationen.

5) Zahlungsfähigkeit

Mit der folgenden Unterschrift wird bestätigt, dass der Auftraggeber fähig und willens ist die in Anspruch genommene Behandlung zu bezahlen.



Datum, Unterschrift Auftraggeber _____

(Bei Minderjährigen Unterschrift der Erziehungsberechtigten)