



Sehr geehrter Patientenbesitzer,  
herzlich willkommen in der VetMRT GmbH. Um Sie und Ihr Tier näher kennenzulernen, möchten wir Ihnen vorab einige Fragen stellen. Bitte füllen Sie dazu diesen Fragebogen aus. Sorgfalt und Transparenz sind die Grundlage für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit Ihnen. Daher informieren wir Sie auf der 2. Seite darüber, wie wir Ihre Daten verarbeiten und wie Sie Ihre Rechte wahrnehmen können, die Ihnen nach der Datenschutz-Grundverordnung zustehen.

Bitte füllen Sie das Formular in Druckbuchstaben aus.

### Besitzerangaben

Nachname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße/Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
(wird ausschließlich zur Rechnungsstellung benötigt)

Telefon \_\_\_\_\_

Handy \_\_\_\_\_

Ja, ich möchte eine Terminerinnerung  
 SMS  E-Mail  Telefon

ja, ich möchte eine Einladung zum Herunterladen der App PetsXL, um Informationen zur Behandlung etc. zu erhalten

Wir weisen darauf hin, dass dieser Service jederzeit widerrufen werden kann.

E-Mail\* \_\_\_\_\_

### Angaben zum Haustierarzt

Name \_\_\_\_\_

Bericht an den Haustierarzt\*\*  ja  nein

### Patientenangaben

Name \_\_\_\_\_

Tierart  Hund  Katze

Sonstiges \_\_\_\_\_

Rasse \_\_\_\_\_  Mischling

Farbe \_\_\_\_\_

Geschlecht  weiblich  männlich  
 kastriert

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_

Chip-Nr. \_\_\_\_\_

Tattoo-Nr. \_\_\_\_\_

Auslandsaufenthalt  ja, wo \_\_\_\_\_  
 nein

Versicherung  Vollversicherung  
 OP-Versicherung

Ich bin gewerbsmäßiger Tierhalter  ja  nein

Das Tier wird zur Erfüllung hoheitlicher Aufgaben gehalten (z.B. Polizeidienst)  ja  nein

**Bitte unterschreiben Sie das Dokument auf der nachfolgenden Seite!**

\*Wir weisen Sie darauf hin, dass wir die von Ihnen angegebene E-Mail-Adresse verwenden, um Ihnen Befunddaten Ihres Tieres zu übermitteln.

\*\*Ich bin damit einverstanden, dass mein Haustierarzt über meinen Besuch und die durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen informiert wird, damit die künftige Versorgung meines Tieres weiterhin durch möglichst vollständiges Wissen um dessen Krankheitsgeschichte gewährleistet bleibt. Meine Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen durch Mitteilung an: [info@vetmrt-nord.de](mailto:info@vetmrt-nord.de)

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistungen der VetMRT GmbH zu schließen. Sofern ich nicht Halter des Tieres bin, versichere ich, im ausdrücklichen Auftrag des Tierhalters zu handeln. Fehlt es an deiner Bevollmächtigung oder stellt der Tierhalter eine Bevollmächtigung in Abrede, bestätige ich hiermit, dass ich für die entstehenden Kosten aus der Behandlung aufkommen werde.

- Ich bestätige die Richtigkeit meiner umseitig aufgeführten Personalien und gebe den Auftrag zur Untersuchung bzw. Behandlung und – falls erforderlich – zur Operation meines Tieres
- Ich nehme zur Kenntnis, dass an vor- oder nachbehandelnde Tierärzte Befunddaten weitergegeben werden. Falls ich dies nicht wünsche, komme ich auf Sie zu.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass bei Vorstellung im Notdienst alle Leistungen im Rahmen der Gebührenordnung für Tierärzte einen Zuschlag erfahren und erkläre mich damit einverstanden.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass ich mir jederzeit eine Kostenschätzung geben lassen kann. Sollte ich eine solche benötigen oder Fragen zu Kosten haben, komme ich von mir aus auf Sie zu.
- Ich bestätige, dass mein Tier nicht der Lebensmittelgewinnung dient. Falls dies doch der Fall ist, informiere ich die VetMRT GmbH darüber.

#### **Allgemeine Datenschutzhinweise:**

Verantwortlich für die Datenschutzverarbeitung ist die VetMRT GmbH, vertreten durch Dres. Nele Eley, Ulrich Wölk und Christin Poller.

Sie erreichen uns unter: VetMRT GmbH – Lilienthalstraße 19 – 24941 Flensburg – Telefon +49 461-500 890 49 – [www.vetmrt.de](http://www.vetmrt.de) – E-Mail: [info@vetmrt.de](mailto:info@vetmrt.de)

Wir verwenden die von Ihnen mit diesem Formular erhobenen personenbezogenen Daten zur Durchführung des Dienstleistungsvertrags. Eine Verarbeitung zu anderen Zwecken erfolgt nur aufgrund einer entsprechenden Rechtsgrundlage.

Wenn Sie von einer Tierarztpraxis/Tierklinik an uns überwiesen werden, erhalten wir von der überweisenden Tierarztpraxis/Tierklinik vorab folgende personenbezogene Daten: Name, Adresse, Telefonnummer.

Nähere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten, zu den Datenempfängern und zu Ihren damit verbundenen Rechten finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf unsere Website unter [www.vetmrt.de](http://www.vetmrt.de).

#### **Gemäß der Verordnung über Informationspflichten für Dienstleistungserbringer vom 17.05.2010 möchten wir Ihnen hiermit die folgenden Informationen zugänglich machen:**

Geschäftsführung: Dres. Nele Eley, Ulrich Wölk, Christin Poller  
VetMRT GmbH – Lilienthalstraße 19 – 24941 Flensburg – Telefon +49 461-40684248 – [www.vetmrt.de](http://www.vetmrt.de) – E-Mail: [info@vetmrt.de](mailto:info@vetmrt.de)

Zuständige Behörden: Tierärztekammer Schleswig Holstein – [www.sh.tieraerztekammer.de](http://www.sh.tieraerztekammer.de)  
Umsatzsteuerident-Nr.: DE 335602423 – Gesetzliche Berufsbezeichnung: Tierarzt, verliehen in Deutschland

#### **Information nach § 3 der Dienstleistungs-Informationspflichten-Verordnung**

**Berufsrechtliche Regelungen:** Es gilt die Berufsordnung der Tierärztekammer Schleswig Holstein, einsehbar auf [www.sh.tieraerztekammer.de](http://www.sh.tieraerztekammer.de), sowie die Gebührenordnung für Tierärzte (GOT), einsehbar auf [www.tieraerzteverband.de](http://www.tieraerzteverband.de)

**Schlichtungsstelle:** Bei der Tierärztekammer Schleswig Holstein für Streitigkeiten zwischen Tierhalter und Tierarzt.

#### **Die Vergütung tierärztlicher Leistungen richtet sich nach der Gebührenordnung für Tierärzte (GOT).**

#### **Informationen zur Bezahlung:**

Bei Rechnungs- oder Ratenzahlung erfolgt die Abrechnung über die tierärztliche Verrechnungsstelle BFS, welche von der VetMRT GmbH mit den Inkassonahmen beauftragt wird.

Für sämtliche Auseinandersetzungen erkennen Sie Flensburg als Gerichtsstand an.

Mi Ihrer Unterschrift unter diesem Anmeldeformular bevollmächtigen Sie ausdrücklich zu dieser Vorgehensweise.

Ich möchte die Behandlung  mit Barzahlung  mit EC-Karte  auf Rechnung bezahlen.

Flensburg, den \_\_\_\_\_  
(Datum) (Unterschrift)

VetMRT GmbH – Dres. Nele Eley, Ulrich Wölk, Christin Poller

Lilienthalstraße 19 – 24941 Flensburg – Telefon +49 461 40684248 – [www.vetmrt.de](http://www.vetmrt.de) – E-Mail: [info@vetmrt.de](mailto:info@vetmrt.de)