

Stammdatenblatt

Sehr geehrter Kunde,

für die Aufnahme Ihres Pferdes in unsere Patientendatei benötigen wir Ihre persönlichen Angaben sowie die Ihres Pferdes. Damit wir alle Daten in unserem EDV-System korrekt eintragen können, bitten wir Sie dieses Formblatt vollständig auszufüllen und mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen.

KUNDENDATEN

	Eigentümer (Rechnungsempfänger)	Halter (Überbringer)
Name, Vorname:		
Straße, Hausnummer:		
PLZ, Wohnort:		
Land:		
Geburtsdatum:		
Telefon privat:		
Telefon dienstlich:		
Mobil:		
Email:		
Mitgliedschaft in der Tierseuchenkasse? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Mitgliedsnummer:		

Falls es sich bei dem Halter (Überbringer) nicht um den Eigentümer handelt:

Der Überbringer (autorisierter Vertreter) erklärt, aufgrund in Schriftform nachzureichender Vollmacht des Eigentümers zu handeln. Für den Fall, dass die Vollmacht für den Eigentümer nicht durch schriftliche Bestätigung belegt werden kann bzw. der Behandlungsvertrag durch den Eigentümer nicht nachträglich genehmigt wird, kommt der Behandlungsvertrag mit dem Überbringer zu Stande.

PATIENTENDATEN

Name:	
Geburtsdatum:	Geschlecht: Stute <input type="checkbox"/> Hengst <input type="checkbox"/> Wallach <input type="checkbox"/>
Rasse:	Farbe:
Reitstall / Stallanlage in der das Pferd untergebracht ist:	
Das aufgeführte Pferd wird gewerblich gehalten oder der Rechnungsempfänger ist gewerblicher Pferdehalter: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Tierhalterversicherung für das eingelieferte Pferd besteht: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Equidenpass vorhanden: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Arzneimittelanhang vorhanden: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Das aufgeführte Pferd ist laut Equidenpass zur Schlachtung bestimmt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Equidenpass- bzw. Lebensnummer:	
Chip (Transponder-Nummer):	
OP-Versicherung: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Tarif:	Gesellschaft:
Verkehrswert ca. (<i>definiert die Haftung der Klinik in einem Regressfall</i>):	

Haustierarzt	Überweisender Tierarzt
Name, Vorname:	Name, Vorname:
Anschrift:	Anschrift:
Land:	Land:
Tel.:	Tel.:
Mobil:	Mobil:
Fax:	Fax:
Mail:	Mail:

Ich willige ein in die Nutzung meiner persönlichen gespeicherten Daten für:

- Die interne Kommunikation zwischen der Pferdeklinik St. Georg in Trier und mir (Übermittlung von Laborergebnissen, Röntgenbildern, etc.).
 ja nein
- Übermittlung von medizinisch relevanten Informationen durch die Pferdeklinik St. Georg in Trier (amtliche Bekanntgaben, Gefahrenmeldungen, gesetzliche Neuerungen, Fortbildungen, etc.).
 ja nein
- Weitergabe an Dritte – im Bedarfsfall - im Bezug auf einen konkreten Untersuchungs- und Behandlungsauftrag und zwar: an ein externes Labor, an einen überweisenden- oder Haustierarzt, Hufschmied, Osteopath/Chiropraktiker, TKBA und an eine von Ihnen angegebene Versicherung.
 ja nein

Die Übermittlung von Patientendaten durch die Pferdeklinik St. Georg in Trier an Dritte (Krankheitsberichte, bildgebendes Material, etc.) bleibt hiervon unberührt und bedarf einer ausdrücklichen vorherigen Entbindung von der Schweigepflicht durch den Auftraggeber.

Trier, den _____

Unterschrift Eigentümer oder Überbringer (autorisierter Vertreter)

Name in Druckbuchstaben