**Tierarztpraxis Goebenstrasse Dr. Karina Obermowe & Bianca Eickmann GbR** Goebenstrasse 52 32051 Herford Mail: info@hf.vet

**Anmeldebogen für Neukunden – Gerne Per Mail oder Ausgedruckt zu uns zurück. Danke**

Herzlich willkommen in unserer Praxis! Damit wir Sie und Ihr Tier optimal betreuen können, bitten wir Sie, diesen Bogen möglichst vollständig auszufüllen. Alle Daten werden selbstverständlich vertraulich gemäß der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) behandelt.

**1. Angaben zum Tierhalter / zur Tierhalterin**

**Datum:** \_\_ / \_\_ / \_\_\_ **Anrede:** [ ]  Frau [ ]  Herr [ ]  Div.
**Vorname:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Nachname:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**Str. und Nr.:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Postleitzahl:** \_\_\_\_\_ **Ort:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**Telefon (Mobil):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Telefon:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**E-Mail-Adresse:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Geb.Dat.:** \_\_.\_\_.\_\_\_\_\_

**2. Angaben zum Tier**

*(Bitte für jedes weitere Tier eine Kopie dieses Abschnitts oder einen neuen Bogen ausfüllen.)*

**Tierart:** [ ]  Hund [ ]  Katze [ ]  Nager [ ]  Vogel [ ]  Reptil [ ]  Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**Name des Tieres:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Rasse:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Geschlecht:** [ ]  Männlich [ ]  Weiblich

**Kastriert / Sterilisiert:** [ ]  Ja [ ]  Nein Wenn ja wann? ca.: *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)*

**Geburtsdatum / Alter:** \_\_.\_\_\_\_. \_\_\_\_\_ bzw. ca. \_\_\_\_ Jahre/Monate

**Farbe / Bes. Kennzeichen:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Chipnummer:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Bei TASSO/FINDEFIX registr.?* | [ ]  Ja [ ]  Nein

**Tätowierungsnummer:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Falls vorhanden)*

**Gewicht (ca.):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kg / g *(Falls bekannt)*

**3. Medizinische Vorgeschichte des Tieres**

**Bisherige tierärztliche Betreuung:**

Name vorheriger Tierarzt/Klinik: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Einverständnis zur Befundanforderung? [ ]  Ja [ ]  Nein *(Dürfen wir bei Bedarf Befunde anfordern?)*

**Impfstatus:** *(Bitte Impfausweis mitbringen!)*

Ist das Tier geimpft? [ ]  Ja [ ]  Nein [ ]  Unbekannt

Letzte Impfung (ca.): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Parasitenprophylaxe:**

Regelm. Entwurmung? [ ]  Ja [ ]  Nein Letzte Wurmkur (ca.): \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Regelmäßige Floh-/Zeckenprophylaxe? [ ]  Ja [ ]  Nein

Welches Produkt? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Letzte Gabe (ca.): \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Gesundheitszustand:**

Bekannte Vorerkrankungen:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bekannte Allergien (Futter, Medikamente, Umwelt etc.):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aktuelle Medikamente / Dauertherapien:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sonstiges:**

Fütterung (Art, Marke, Menge): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Herkunft des Tieres (optional): ☐ Züchter ☐ Tierheim ☐ Privat [ ]  Ausland [ ]  Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Besonderheiten im Verhalten (z.B. ängstlich, aggressiv beim Tierarzt, reisekrank):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4. Einverständniserklärungen und Informationen**

*(Bitte lesen Sie die folgenden Punkte sorgfältig durch und bestätigen Sie jeweils durch Ankreuzen.)*

* [ ]  **Datenschutz (DSGVO):** Ich habe die Datenschutzinformationen der Praxis [Name der Praxis] zur Kenntnis genommen (liegen in der Praxis aus / wurden mir ausgehändigt / sind auf der Webseite [Ihre Webadresse für Datenschutz] einsehbar) und stimme der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten sowie der Daten meines Tieres zum Zweck der tierärztlichen Behandlung, Verwaltung und Abrechnung zu.
* [ ]  **Behandlungseinwilligung:** Ich willige ein, dass mein oben genanntes Tier nach bestem Wissen und Gewissen sowie gemäß der tierärztlichen Berufsordnung untersucht und behandelt wird. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich vor größeren Eingriffen oder Behandlungen über die voraussichtlichen Kosten aufgeklärt werde.
* [ ]  **Zahlungsbedingungen:** Ich nehme zur Kenntnis, dass die Kosten für erbrachte Leistungen und abgegebene Medikamente in der Regel direkt im Anschluss an die Behandlung fällig sind (Bar-/EC-Zahlung).
* [ ]  **Terminabsagen:** Ich nehme zur Kenntnis, dass Termine, die nicht mind. 24 Stunden vorher abgesagt werden, ggf. in Rechnung gestellt werden können (§615 BGB).
* [ ]  **Erinnerungsservice (optional):** Ja, ich möchte an zukünftige Termine (z.B. Impfungen) erinnert werden per:

[ ]  E-Mail [ ]  SMS [ ]  WhatsApp

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben gemachten Angaben.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
*(Bei digitaler Übermittlung ist die Absendung von Ihrer E-Mail-Adresse ausreichend. Eine physische Unterschrift kann beim ersten Besuch nachgeholt werden.)*

**Wichtige Hinweise:**

* **Bitte mitbringen:** Impfausweis, ggf. Vorbefunde, Medikamentenliste.
* **Änderungen:** Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Kontaktdaten umgehend mit.
* **Vielen Dank für Ihr Vertrauen!** Wir freuen uns auf Sie und Ihr Tier.
**Ihr Praxisteam der Tierarztpraxis Goebenstrasse**