

Tierärztlicher Behandlungsvertrag

Eigentümer/ -in/ Rechnungsadresse:

Name:	Vorname:
Straße:	Nummer:
PLZ:	Ort:
Geburtsdatum:	
Telefon/ Mobil:	eMail:
Beste telefonische Erreichbarkeit:	

Auftraggeber/ -in (falls vom Eigentümer/ -in abweichend):

Name:	Vorname:
Straße:	Nummer:
PLZ:	Ort:
Geburtsdatum:	
Telefon/ Mobil:	eMail:

Daten zum Pferd/ Esel

Name Pass:	Lebensnummer:
Rufname:	☐ Stute ☐ Wallach ☐ Hengst
Mikrochip: ☐ ja ☐ nein	Mikrochipnummer:
Schlachtpferd: ☐ ja ☐ nein	
Rasse:	Farbe:
Geburtsdatum:	



Standort des Tieres:

Pensionshaltung: ☐ ja ☐ nein	Name des Stalles:
Straße:	Nummer:
PLZ:	Ort:
Haltungstyp: ☐ Box ☐ Offenstall ☐ Aktivstall ☐ Tagesaktivstall	



Vorbericht:

Sind **Allergien oder Unverträglichkeiten** bekannt? (Medikamente, Pflegemittel, Futtermittel, Milben etc.)

Sind **Vorerkrankungen** des Pferdes/ des Esels bekannt? ☐ nein ☐ ja

Falls ja:

Erkrankung	Behandlung/ Medikation

Gibt es **Verhaltensauffälligkeiten** (Koppen, Weben, etc.) ? ☐ nein ☐ ja

Falls ja, Welche?:

Wann und mit was wurde das Pferd/ der Esel das letzte Mal **entwurmt**?



Impfstatus:

	letztes Impfdatum	Grundimmunisierung abgeschlossen?
Influenza		
Tetanus		
Herpes 1+4		

Ist bei der Behandlung des Pferdes/ des Esels mit **vermehrter Abwehr** zu rechnen, bzw. ist diese zuvor aufgetreten? ☐ nein ☐ ja

- Falls ja:
- ☐ Angst vor Nadeln
 - ☐ generell starke Ängstlichkeit oder Schreckhaftigkeit
 - ☐ Steigen
 - ☐ Treten
 - ☐ Beißen
 - ☐ das Pferd/ der Esel ist nicht zahm



Versicherung:

Besteht für das Pferd/ den Esel eine OP- oder Krankenversicherung?

☐ nein ☐ OP-Versicherung ☐ Krankenversicherung

Falls ja: Versicherung: _____ Nummer: _____

Darf das Pferd/ der Esel im Notfall auch ohne direkten Auftrag durch den Eigentümer nach Auftrag durch Dritte behandelt werden? (z.B. bei Kolik oder Augenverletzung bei Nichterreichen des Eigentümers?)

☐ nein

☐ ja

☐ ja, bis zu einer Rechnungssumme von _____

☐ nur in folgenden Fällen:

☐ folgende Behandlungen sollen NICHT durchgeführt werden:

Darf das Pferd/ der Esel im Notfall auch ohne direkten Auftrag durch den Eigentümer durch Dritte in eine Klinik verbracht werden, wenn die medizinischen Befunde es zu erfordern scheinen?

☐ nein

☐ ja

☐ ja, mit Ausnahme von:

Darf das Pferd/ der Esel für geplante Behandlungen und Prophylaxen von anderen Personen als dem Eigentümer selbst vorgestellt werden? (z.B. Reitbeteiligungen, Stallbesitzer etc.)

☐ nein ☐ ja



Für folgende Personen oder Institutionen entbinde ich die Pferdepraxis am Donnerberg von ihrer Schweigepflicht bezüglich der Gesundheitsdaten meines Tieres:

☐ andere Tierärzte ☐ bestimmte andere Tierärzte: _____

☐ Pferdeklinken

☐ Stallbetreiber

☐ Hufschmied: _____ (bei Wechsel auch der Nachfolger)

☐ sonstige Behandler (Physiotherapeuten etc.) _____

☐ Privatpersonen:

☐ Familienangehörige: _____

☐ Reitbeteiligungen: _____

☐ Sonstige: _____



Allgemeines:

1. Hiermit beauftrage ich die Pferdepraxis am Donnerberg mit der Erbringung tierärztlicher Leistungen für das angegebene Tier
2. Ich versichere, dass ich Eigentümer des Tieres und/ oder berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistungen der Pferdepraxis am Donnerberg zu schließen. Sofern ich nicht der Eigentümer des Tieres bin, versichere ich, im ausdrücklichen Auftrag des Tieres Eigentümers zu handeln. Fehlt es an einer Bevollmächtigung oder stellt der Tierhalter eine Bevollmächtigung in Abrede, bestätige ich hiermit, dass ich für die entstehenden Kosten der Behandlung aufkommen werde und gegenüber dem Eigentümer des Tieres haftbar bin.
Desweiteren bestätige ich, dass ich volljährig und somit geschäftsfähig bin.
3. Auch bei krankenversicherten Tieren erfolgt die Bezahlung durch den Eigentümer bzw. Auftraggeber. Ich stimme einer Bonitätsabfrage im Vorfeld der Behandlung zu. Bei positivem Ergebnis kann per Rechnung, per EC- oder Kreditkarte oder bar gezahlt werden. Bei negativem Ergebnis muss sofort per EC- oder Kreditkarte oder bar gezahlt werden.
4. Im Rahmen der Zusammenarbeit mit der BFS health finance GmbH wird die Pferdepraxis am Donnerberg gegebenenfalls Adressdaten zum Zweck der Bonitätsprüfung an die infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden übermitteln. BFS gewährleistet die korrekte Bearbeitung der durch die Praxis übergebenen vorgegebenen Rechnungen und steht mir bei allen Fragen zu meiner Rechnung gerne zur Verfügung. Ferner habe ich die Möglichkeit, meine Wunschbehandlung über BFS per Teilzahlung zu finanzieren.
Die Geschäftsbedingungen der bfs habe ich gelesen und akzeptiert
5. Im Zuge der Zusammenarbeit mit der Kleintierpraxis Dr. med. vet. Bettina Bachem-Drießen, Donnerberg 22, 45357 Essen, in Form einer Praxisgemeinschaft ist es für die Praxisabläufe notwendig, dass das Personal der genannten Kleintierpraxis Einblick in die personenbezogenen Daten der Pferdepraxis am Donnerberg erhält. Die Kleintierpraxis behandelt die personenbezogenen Daten selbstverständlich DSGVO-konform. Die Einwilligung in eine Dateneinsicht durch die Mitarbeiter der Kleintierpraxis Dr. Bettina Bachem-Drießen wird hiermit erteilt.
6. Soweit es für eine tierärztliche Diagnose erforderlich ist, ermächtige und bevollmächtige ich die Pferdepraxis am Donnerberg, Leistungen Dritter (wie Labor- oder Spezialuntersuchungen) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen und für mich auszulegen.
Ich stimme zu, dass in diesem Falle entsprechende personenbezogene Daten und Daten des Tieres an entsprechende Stellen unverschlüsselt per E-Mail, Schnittstelle oder Fax übermittelt werden.
7. Ist eine Bestimmung dieses Vertrags unwirksam, werden die übrigen Bestimmungen dieses Vertrages in ihrer Wirksamkeit nicht berührt. Die unwirksame bzw. undurchführbare Bestimmung ist durch eine solche Bestimmung zu ersetzen, die dem



wirtschaftlich von den Vertragsparteien Gewollten am nächsten kommt. Gleiches gilt im Falle einer Vertragslücke.

X

Datum

X

Eigentümer des Pferdes

