Anmelde- & Anamnesebogen für Neukunden

Tierarztpraxis Dr. Katrin Wontorra

Am Sportplatz 5
40882 Ratingen

1. Angaben zum Patientenbesitzer (bitte in Druckschrift ausfüllen)

Nachname:
Grittner

Vorname:
Inge

Straße:
Gutenbergstraße 42

Geburtsdatum:
04.10.1955

PLZ:
44139

Ort:
Dortmund

Tel. privat:
02315861037

Tel. Büro:
02311859952

Handy:
02315861037

Email:
info@wp-grittner.de

Ich bin Halter des Tieres

- ☒ Ja
- ☐ Nein

Eigentümer des Tieres

- ☒ Ja
- ☐ Nein

2. Angaben zum Patienten

Name:
Ida, Mathilda

Tierart:
Katze

Rasse:
EKH

Farbe:
schildpatt (Ida), grau-getigert (Mathilda)

Geschlecht:

- ☐ Männlich
- ☒ Weiblich

Kastriert?

- ☒ Ja
- ☐ Nein

Geburtsdatum:
01.01.2021

Geburtsort:
Rumänien, Selb (Deuschland) ?

Aktuelles Foto Ihres Tieres

Seit wann im Besitz:
24.12.2025, 20.05.2026

Kenntnisse über ggf. Zeit davor?

- ☒ Ja
- ☐ Nein

Besonderheiten?
Mathildas Krankheit

Allergien/ Unverträglichkeiten?
nein

Tierkrankenversicherung?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Falls ja, bei welcher Versicherungsgesellschaft?

Bei Katzen: Wohnungskatze oder Freigänger?

- ☒ Wohungskatze
- ☐ Freigänger

Weitere Tiere im Haushalt – wenn ja, welche?
nein

3. Vorerkrankungen (bitte stichwortartig, z. B. chron. Durchfall):
Mathilda: Otitis interna, polypöse Veränderungen im anderen Ohr, Toxoplasmose, Herpes (symptomfrei)
Ida: Coronaausscheider (erledigt), Mykoplasmen (symptomfrei)

4. Aktuelle Symptome/ Erkrankungen
bei Mathilda Kopfschiefhaltung, evtl. manchmal Anfälle mit anschließendem Umwohlsein, ca. alle 3 Wochen

5. Grund der Konsultation: (bitte ankreuzen)

- ☐ Hausbesuch
- ☒ Tiergespräch
- ☐ Allgemeine Beratung
- ☐ Sonstiges

Sonstige Hinweise:

6. Wunsch der Konsultation: Bitte kreuzen Sie an!

- ☐ Hausbesuch
- ☒ Telefonischer Kontakt

Unter welcher Telefonnummer sind Sie am besten erreichbar?

- ☐ Festnetz: Privat
- ☒ Büro
- ☐ Handy

Telefonischer Kontakt (bevorzugte Erreichbarkeit):

- ☐ morgens
- ☐ mittags
- ☒ abends

7. Allgemeine Hinweise

a.) Frau Dr. Wontorra ist aufgrund § 203 Strafgesetzbuch (StGB, Verletzung von Privatgeheimnissen), § 17 Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb (UWG, Verrat von Geschäfts- und Betriebsgeheimnissen), § Heilberufsgesetz (HeilBerG) sowie § 4 Berufsordnung der Tierärztekammer Nordrhein zur Berufsverschwiegenheit verpflichtet.

b.) Die persönlichen Angaben des Tierbesitzers, die Daten des Tieres und dessen Krankengeschichte, sämtliche gewonnenen Erkenntnisse sowie sämtliche Daten zur Fakturierung und des Zahlungsverkehrs werden gespeichert.

c.) Der Tierbesitzer wird darauf hingewiesen, dass ein reines nonverbales Tiergespräch ohne Untersuchung des Tieres mit anschließender fernmündlicher Beratung eine Konsultation bei einem Tierarzt sowie eine tierärztliche Therapie nicht ersetzen kann. Sofern Frau Dr. Wontorra feststellt, dass entsprechende Diagnostik oder Behandlungen durch ortsansässige Fachtierärzte oder Tierkliniken nötig sind, wird sie den Patientenbesitzer hierüber unverzüglich informieren. Dem Tierbesitzer steht es frei, dieser Empfehlung Folge zu leisten.

d.) Für etwaige Auswirkungen des Gesprächs oder dessen Inhalte auf das seelische Befinden des Tieres und des Tierbesitzers übernimmt Frau Dr. Wontorra keine Haftung.

e.) Die Berechnung der tierärztlichen Leistungen erfolgt auf Grundlage der Gebührenordnung für Tierärzte (GOT).

f.) Sämtliche tierärztlichen Leistungen werden in Rechnung gestellt. Die Zahlung ist nach Erhalt der Rechnung sofort fällig, sofern nicht ausdrücklich und im gegenseitigen Einvernehmen eine Ratenzahlung vereinbart wurde.

g.) Wenn es aufgrund der Distanz nicht möglich ist, das Tier im Rahmen eines Hausbesuches vorzustellen und stattdessen ein nonverbales Tiergespräch und/oder eine fernmündliche Beratung angefragt wird, wird in diesem besonderen Fall um Vorkasse gebeten. Fernmündliche Beratungen werden ebenfalls in Rechnung gestellt.

h.) Die Tierarztpraxis ist eine reine Hausbesuchspraxis mit Bestellsystem. Das bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie und Ihr Tier reserviert ist. Sollten Sie einen vereinbarten Hausbesuchstermin nicht wahrnehmen können, sagen Sie diesen bitte spätestens 24 Stunden vor dem Termin ab. So kann der Termin anderweitig vergeben werden. Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten für Sie und andere Kunden, sondern begründet auch beiderseitige vertragliche Pflichten. Erfolgt die Absage innerhalb von 24 Stunden oder wird der Termin ohne triftigen Grund versäumt, kann gemäß § 615 BGB eine Ausfallpauschale von 60,00 € berechnet werden. Bereits gezahlte Gebühren werden in diesem Fall einbehalten.

8. Einverständniserklärung

Ich versichere, dass ich Halter des oben genannten Tieres und berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistungen der Tierarztpraxis Dr. K. Wontorra zu schließen. Darüber hinaus versichere ich, dass ich willens und in der Lage bin, die dadurch entstehenden Kosten zu tragen. Falls ich nicht Halter des Tieres bin, versichere ich im ausdrücklichen Auftrag des Tierhalters zu handeln. Fehlt es an einer Bevollmächtigung oder stellt der Tierhalter eine Bevollmächtigung in Abrede, bestätige ich hiermit, dass ich für die entstehenden Kosten aus der Behandlung aufkomme. Soweit es zur Diagnosefindung erforderlich ist, ermächtige ich Frau Dr. Wontorra, Leistungen Dritter (Labors, etc.) in meinem Namen und auf Rechnung in Anspruch zu nehmen. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Personalien und gebe den Auftrag zur Untersuchung/ Behandlung/ zum nonverbalen Tiergespräch des o.g. Tieres. Falls ich Frau Dr. Wontorra beauftrage, mit meinem Tier ein mentales Tiergespräch zu führen und es bei Bedarf zu behandeln, bescheinige ich hiermit, darüber informiert worden zu sein, dass dabei auch Informationen über mich und meine Familie herauskommen, diese als Spiegel zum Verhalten/ Krankheit meines Tieres stehen und willige ein, dass Fr. Dr. Wontorra mit mir psychische Einzelheiten diesbezüglich bespricht. Ich bin darüber informiert worden, dass Frau Dr. Wontorra keine Garantie für die Richtigkeit der Informationen geben kann, die sie aus einem Tiergespräch erhält. Ich bin zum jetzigen Zeitpunkt im vollen Besitz meiner geistigen Kräfte, ich bin über 18 Jahre alt und handle aus freien Stücken.

Unterschrift



Datum 27. Oktober 2026

9. Spezielle Hinweise zum Datenschutz: Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken

Datenschutzhinweise

Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns wichtig. Wir verarbeiten Ihre Daten ausschließlich im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen (EU-Datenschutz-Grundverordnung, Bundesdatenschutzgesetz). Nachfolgend informieren wir Sie über die wichtigsten Aspekte der Datenverarbeitung im Rahmen unserer Geschäftsbeziehung.

Erhebung und Verarbeitung von Daten

Wir verarbeiten jene Daten, die Sie uns als Kunde zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen und bei Abschluss des Vertrages zur Verfügung stellen. Die Datenverarbeitung erfolgt zu folgenden Zwecken:

Im Rahmen unserer Geschäftsbeziehung werden zumindest mit Hilfe teilweiser bzw. überwiegender Automatisierung (z. B. E-Mailverkehr, Zeichenprogramme) und in Form von archivierten Textdokumenten (z. B. Korrespondenz, Verträge, Pläne, Bescheide, Handakte, personalisierte Rechnungen) die von Ihnen angegebenen Daten verarbeitet, um vorvertragliche Maßnahmen durchführen und den Vertrag erfüllen zu können.

Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt auf Basis des Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO (Vertragsanbahnung und Vertragserfüllung). Zum Abschluss und zur Durchführung eines Untersuchungs- und Behandlungsvertrages und um diesen zu Ihrer vollständigen Zufriedenheit abwickeln zu können, benötigen wir Ihre Daten (Name und Wohnanschrift).

Außerdem erfolgt die Datenverarbeitung auf Basis des Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO (Einwilligung). Wir möchten Sie als Interessentinnen und Interessenten aktuell und gezielt über unsere Dienstleistungen, insbesondere in Form von Impferinnerungen und Projekten, informieren.

Nutzung der Daten

Ihre Daten verwenden wir ausschließlich zur Abwicklung des Vertrages, zur Beantwortung Ihrer Anfragen, zu Buchhaltungs- und Verrechnungszwecken sowie für die technische Administration.

Die Löschung Ihrer Daten erfolgt, sobald Ihre Daten zur Erfüllung des mit der Speicherung verfolgten Zweckes nicht mehr erforderlich sind oder wenn die Speicherung aus gesetzlichen Gründen unzulässig wird.

Daten für Abrechnungszwecke und buchhalterische Zwecke werden von einem Löschungsverfahren nicht berührt. Eine Löschung der Daten kann nicht erfolgen, wenn uns rechtliche Bestimmungen zur Aufbewahrung bzw. Speicherung verpflichten.

Ihre Rechte

Sie haben grundsätzlich das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragbarkeit, Widerruf und Widerspruch.

Wenn Sie glauben, dass die Verarbeitung Ihrer Daten gegen das Datenschutzrecht verstößt oder Ihre datenschutzrechtlichen Ansprüche in anderer Weise verletzt worden sind, können Sie sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde beschweren.

Dies ist die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen:
Postfach 20 04 44
40102 Düsseldorf

Ihr Recht auf Einschränkung der Verarbeitung beinhaltet die Befugnis, Ihre Einverständniserklärung zur Weiterleitung Ihrer Daten an Dritte zu widerrufen.

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die Tierarztpraxis Dr. Katrin Wontorra meine auf der Anmeldung angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhebt.
Für jede darüber hinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen, ebenso für eine Weiterleitung an Dritte, bedarf es regelmäßig einer Einwilligung. Solche eine Einwilligung können Sie nachfolgend freiwillig erteilen.

Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken (bitte ankreuzen):

- ☐ Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt werden dürfen.
- ☐ Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig, im Rahmen tierärztlicher Überweisungen an andere Tierarztpraxen und -kliniken übermittelt werden dürfen.
- ☐ Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig, im Rahmen weiterführender Diagnostik an Untersuchungslabore und Institute übermittelt werden dürfen.
- ☒ Ich willige ein, das mich die Tierarztpraxis Dr. Katrin Wontorra telefonisch über Laborergebnisse und Terminplanung informiert.
- ☐ Ich willige ein, dass mich die Tierarztpraxis Dr. Katrin Wontorra per Post informiert.
- ☐ Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch im Rahmen einer Weiterführung der Praxis durch einen Nachfolger weiter bestimmungsgemäß genutzt werden.

Unterschrift 2



Datum 27. Oktober 2026