

Anmeldung bei:

Eingestallt von:

Entlassen am:

Entlassen von:

Pferdepass ausgehändigt:

Kostenpflichtiger Halter:

NEUKUNDEN-VERTRAG AUFKLÄRUNGSFORMULAR

für Untersuchung | Behandlung | chirurgische Eingriffe in den EQUI DENT Clinics

BITTE FÜLLEN SIE DAS FORMULAR KORREKT UND IN DRUCKBUCHSTABEN AUS!

Bei nachträglicher Rechnungsänderung wird eine anteilige Gebühr des Rechnungsbetrages fällig.

AUFNAHMEGRUND

Beabsichtigter Eingriff:

Verantwortlicher Tierarzt der
EQUI DENT Clinics:

Überweisender Tierarzt:

Datum:

EIGENTÜMER | RECHNUNGSEMPFÄNGER

Anrede:

☐ Herr ☐ Frau ☐ Divers

Vorname:

Nachname:

Straße und Hausnummer:

PLZ:

Wohnort:

Telefonnummer:

Telefonnummer im Notfall:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Geschäftskunde | Firma:

Steuer-Id. (nur bei Geschäftskunden):

☐ EU ☐ Drittland

ABWEICHENDE RECHNUNGSADRESSE | VERSICHERUNGSNEHMER (ist Rechnungsempfänger und Auftraggeber)

Vorname und Name:

☐ Herr ☐ Frau ☐ Divers

Vorname:

Nachname:

Firma:

Straße und Hausnummer:

PLZ:

Wohnort:

Telefonnummer:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Versicherung:

Hat das Pferd eine OP Versicherung? ☐ Nein ☐ Ja

Name der Versicherung:

Versicherungsscheinnummer:

Wie viele Tage nach OP: ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 10 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 17

Höchstauszahlungsbetrag: € GOT ☐ 2-fach ☐ 3-fach

☐ andere Versicherung:

Gibt es eine Deckungszusage? ☐ Nein ☐ Ja

OP Versicherungsvertrag als Kopie beigelegt: ☐ Nein ☐ Ja

Hinweis: Schuldner des Gebührenanspruches für die tierärztlichen Leistungen bleibt der Auftraggeber. Die EQUI DENT Clinics GmbH steht nicht dafür ein, ob und in welchem Umfang ein Versicherer gegebenenfalls Erstattung des Gebührenanspruches leistet.



PFERD (weitere Informationen siehe Aufklärungsformular)

Daten:	Name:	
	Lebensnummer:	
	Eigentümer des Pferdes:	
	Geschlecht: ☐ Stute ☐ Hengst ☐ Wallach	
	Farbe:	Rasse:
	Geschätztes Gewicht: ☐ > 600 kg ☐ WB: 500-600 kg ☐ VB I Isländer: 400-500 kg ☐ Pony: 200-400 kg ☐ < 200 kg	
	Geburtsdatum:	
Haftung:	Der Auftraggeber legt hiermit eigenhändig und bindend den Verkehrswert des oben genannten und zu untersuchenden/ behandelnden Pferdes für dieses Vertragsverhältnis fest: ☐ < 10.000 € ☐ 10.000 bis 20.000 € ☐ 21.000 bis 50.000 € ☐ 51.000 bis 100.000 € ☐ Oder anderer Betrag: _____ Der angegebene Verkehrswert ist für den Tierarzt eine wesentliche Information, um sein Haftungsrisiko abzuschätzen und aufgrund derer er sich entschließt, den Auftrag zur Untersuchung und/oder Einstellung anzunehmen oder abzulehnen. Die Haftung der Klinik wird ausgeschlossen. Dies gilt nicht für einen Ausschluss oder eine Begrenzung der Haftung für Schäden aus der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit, die auf einer fahrlässigen Pflichtverletzung der Klinik oder einer vorsätzlichen oder fahrlässigen Pflichtverletzung eines gesetzlichen Vertreters oder Erfüllungsgehilfen der Klinik beruhen. Ferner gilt dies nicht für einen Ausschluss oder eine Begrenzung der Haftung für sonstige Schäden, die auf einer grob fahrlässigen Pflichtverletzung der Klinik oder auf einer vorsätzlichen oder grob fahrlässigen Pflichtverletzung eines gesetzlichen Vertreters oder Erfüllungsgehilfen der Klinik beruhen. Das Risiko der Tierhalterhaftung wird mit der Aufnahme des Tieres nicht übernommen. Die Klinik ist nicht zur Prüfung der Legitimation von anliefernden sowie abholenden Personen verpflichtet.	
	Fragen:	
Besteht eine bekannte Allergie I Überempfindlichkeit gegen Medikamente I Nahrungsmittel etc.? ☐ Nein ☐ Ja, welche:		
Besteht eine bekannte Herz-Kreislauf-Erkrankung? ☐ Nein ☐ Ja, welche:		
Hatte das Pferd in der Woche vor der Einstellung Fieber, Apathie, Husten, Diarrhoe oder andere Symptome? ☐ Nein ☐ Ja, welche:		
Erlauben Sie eine mögliche Publikation Ihres Tieres auf Social Media (z.B. Facebook)? ☐ Nein ☐ Ja		
Schlachtpferd:	Ist das hier angemeldete Pferd ein Schlachtpferd? ☐ Nein (mein Pferd ist KEIN Schlachtpferd) ☐ Ja (mein Pferd ist ein Schlachtpferd)	
	Hinweis: Für Schlachtpferde wird ein Mehraufwand für Dokumentation etc. berechnet	

ZAHLUNGSMODALITÄTEN

☐ Rechnung per Post durch BFS health finance GmbH (nur bei positiver Bonitätsprüfung)	
Oder Sofortzahlung per: ☐ EC-Karte ☐ Visa Card ☐ Master Card I Euro Card	
Kreditkarte (bitte Kreditkartendaten nur eintragen, wenn Sie selbst zur Bezahlung nicht vor Ort sind):	
Karteninhaber:	
Kartennummer:	
Gültig bis:	Sicherheitscode:



AUFKLÄRUNG	
Datenschutz	Die Klinik speichert Ihre Daten nach EU Datenschutz-Grundverordnung 2016/679 (DSGVO). Soweit es zur Diagnosefindung erforderlich ist, ermächtigen Sie die Inhaber und Mitarbeiter der Klinik, Leistungen Dritter (Labor, Spezialuntersuchungsanstalten) in Ihrem Namen und auf Ihre Rechnung in Anspruch zu nehmen. Von der Klinik angelegte Röntgenbilder verbleiben als Eigentum in der Klinik, können aber auf Wunsch des Tierbesitzers als Kopie angefertigt und mitgegeben werden.
Verrechnungsstelle BFS	Sie erklären sich ausdrücklich einverstanden mit der - möglichen Anfrage durch den Behandler bei BFS bezüglich der Abrechnung über BFS, auch vor Aufnahme der Behandlung, - Einholung einer Bonitätsinformation bei einer Auskunft durch BFS (unter Angabe von Name, Geburtsdatum und Anschrift des Tierhalters / Zahlungspflichtigen), soweit erforderlich, - Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an BFS, - Weiterabtretung der Forderungen durch BFS an die refinanzierende Bank (Landesbank Hessen-Thüringen Girozentrale), - Übermittlung der für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlichen Informationen (u.a. Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Leistungsziffern, Behandlungsdaten und -verläufe) an BFS und ggf. an die refinanzierende Bank, - befristeten Nutzung Ihrer Daten durch BFS zur Prüfung des Entwicklungssystems und Optimierung interner Abläufe bei der Abrechnung; mit anschließender Löschung der Daten. Sie wurden darüber informiert, dass BFS die Leistungen des Behandlers Ihnen gegenüber abrechnen und den Rechnungsbetrag bei Ihnen geltend machen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann der Behandler in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeuge gehört werden. Nach Abschluss des Verfahrens werden die Daten gelöscht. Es gelten die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen.
Allgemeine Komplikationen der Behandlung	Jeder tiermedizinische Eingriff/Behandlung birgt Risiken und Nebenwirkungen, die auch bei kunstfehlerfreiem Vorgehen nicht vermieden werden können. Zu diesen Risiken und Nebenwirkungen können insbesondere gehören: Blutverlust, Blutungen, Blutergüsse, Schock, Schmerzen, iatrogene Schäden, toxische Schäden, Gerinnungsstörungen, Thrombosen, Lungenembolie, Kreislaufversagen, Schädigung von Funktionseinheiten wie Muskeln, Knochen, Nerven, Gefäße, Sehnen/Bänder mit entsprechendem Funktionsausfall, Schwellungen, Infektionen, Wundheilungsstörungen, Absterben von Gewebe, auffällige oder erhabene Narbenbildung, Verlust von Sensibilität, Zirkulationsstörungen, Spannungsgefühl, Narbenschmerzen, Neurome, unerwartete Gewebereaktionen wie Überempfindlichkeit, Abstoßungsreaktionen auf Implantate, Fremdkörperreaktionen, Nervenlähmungen, Rezidive, keine Verbesserung oder Verschlechterung des Ausgangsbefundes, Thrombophlebitis; Hufrehe; Niereninsuffizienz etc.
Spezielle Behandlungen oder chirurgische Eingriffe	Sollte bei Ihrem Pferd eine spezielle Behandlung oder eine Operation außerhalb der Routinezahnbehandlung nötig sein, werden Sie in einem extra Aufklärungsbogen speziell über den nötigen Eingriff bei Ihrem Pferd ausführlich informiert.
Unvorhersehbare Umstände während der Behandlung	Besondere Umstände, welche nicht immer vorhersehbar waren oder erst während des Eingriffes hervortreten, können zu einer Änderung oder Erweiterung der Untersuchung Behandlung des chirurgischen Eingriffes zwingen. Bitte willigen Sie dazu ein, da wir sonst die Behandlung den Eingriff abbrechen später fortsetzen müssen, was mit einer zusätzlichen Belastung und unter Umständen einer erneuten Sedierung oder Narkose verbunden wäre.
Spezielle Risiken der Hospitalisation	Risiken der Boxenhaltung, Risiken der täglichen Behandlungen (Medikamentengabe, Verbandswechsel etc.), Nosokomiale Infektionen, Kolik, Diarrhoe, Endotoxaemie, Rektumriss (oft fatal) bei der transrektalen Palpation bei Koliken, Infektion nach Punktion einer synovialen Struktur. Grasen auf eigene Gefahr: Jakobskreuzkraut und andere Giftpflanzen auf dem Klinikgelände.
Sonstige spezielle Risiken Komplikationen (vom TA einzutragen)	
Unterschrift <u>aufklärender Tierarzt:</u>	Name:
	Unterschrift:



	Die Klinik verpflichtet sich, das eingestellte Tier nach den Regeln der tierärztlichen Kunst einzustellen, zu verpflegen und zu behandeln.
	Sie versichern, dass Sie der Eigentümer des Tieres sind oder als Vertreter des Halters mit dessen ausdrücklicher Vollmacht handeln. Die Klinik ist berechtigt, eine Vorauszahlung für die entstehenden Kosten bzw. bei Entlassung des Tieres die sofortige Bezahlung der Kosten zu verlangen. Handelt der Vertreter des Halters oder Eigentümers ohne Vertretungsvollmacht, so haftet er für die entstandenen Kosten.
	Sie sind verpflichtet die Untugenden des Pferdes, bekannte Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Futterstoffe sowie chronische Erkrankungen bei der Aufnahme anzugeben. Sie sind verpflichtet, uns über akute Infektionskrankheiten im Herkunftsstall zu informieren.
	Verbindliche Auskünfte erteilen nur die behandelnden Tierärzte der Klinik. Die Klinik ist um fernmündliche Benachrichtigungen des Eigentümers oder dessen Bevollmächtigten in dringenden Fällen bemüht. Telefonische Auskunft über hospitalisierte Tiere werden in der Regel von den Stationstierärzten durchgeführt. In dringenden Fragen können Sie eine telefonische Auskunft einholen.
	Die Klinik ist berechtigt, erforderliche Untersuchungen Behandlungen chirurgische Eingriffe oder im schlimmsten Falle die notwendig werdende sofortige Tötung des Tieres ohne ausdrückliche Genehmigung des Tierhalters durchzuführen. Stirbt das Tier in der Klinik, so wird der Tierkörper nach dem Tierkörperbeseitigungsgesetz verwertet. Das Tier wird als Nicht-Schlachtpferd behandelt außer explizit anders vom Tierhalter oder dessen Vertreter gewünscht (z.B. durch ein Pferdekrematorium).
Kosten Pfandrecht	Die Unterstellkosten betragen pro angefangenen Tag exklusive Mehrwertsteuer 58,66 € exkl. Futter- und Einstreukosten. Die Klinik erwirkt wegen fälliger Forderungen aus der Versorgung und Behandlung gegen ihren Vertragspartner ein Pfandrecht an dem Pferd und ist befugt, sich aus dem verpfändeten Pferd zu befriedigen. Die Befriedigung erfolgt nach den für das Pfandrecht geltenden Vorschriften des BGB. Die Verkaufsberechtigung tritt einen Monat nach Verkaufsandrohung ein. Die Verkaufsandrohung muss den Geldbetrag bezeichnen, wegen dessen der Pfandverkauf stattfinden soll.
Aufnahme Abholung	Die Aufnahme sowie die Abholung der Tiere erfolgen wochentags zwischen 9.00 –17.00 Uhr und am Wochenende samstags zwischen 9.00 –12.00 Uhr oder nach individueller Absprache. Der Besitzer oder dessen Bevollmächtigter ist verpflichtet, sein Tier auf Verlangen der Klinik abzuholen, sobald dies vom tierärztlichen Standpunkt aus gerechtfertigt erscheint.
Verladen	Sollte sich Ihr Pferd schlecht verladen lassen organisieren Sie sich bitte vorab. Unsere zeitlichen Kapazitäten ermöglichen es uns leider nicht, Sie längerfristig zu unterstützen. Eine Verladehilfe steht neben der Halle zur Verfügung. Bei Problemen können wir Ihnen das Pferd sedieren, um so ein entspanntes Verladen zu ermöglichen. Sollte dennoch ein größerer zeitlicher Aufwand für unsere Mitarbeiter entstehen, behalten wir uns vor, die benötigte Zeit in Rechnung zu stellen.
Besuchszeiten	Mo - Fr: 10.00 - 18.00 Uhr Samstag: 09:00 - 12.00 Uhr Sonntag: keine Besuche
Haftungsausschluss	Für mitgebrachte Dinge wie z.B. Decken, Gamaschen, Halfter, Futterdosen etc. wird keine Haftung übernommen.
Terminvergabe Absage	Ein Termin gilt erst als bestätigt, wenn der Klinik das vollständig und korrekt ausgefüllte Aufklärungsformular vorliegt. Termine sind min. 48 Stunden vorher abzusagen oder zu verschieben. Andernfalls behält sich die Klinik vor, eine Ausfallpauschale zu berechnen.



VOLLMACHT ERTEILT AN / ÜBERBRINGER DES PFERDES (nur auszufüllen bei Vollmacht!)

Vorname und Name:		
Straße und Hausnummer:		
PLZ und Wohnort:		
Geburtsdatum:		
Telefonnummer:		E-Mail:
Ort Datum:		

UNTERSCHRIFT

Ich habe die Konditionen des Vertrages und die Aufklärung verstanden und bin damit einverstanden. Die Aufnahmebedingungen werden durch Unterzeichnung des Auftraggebers oder dessen Vertreters als verbindlich anerkannt. Sofern ich einen anderen vertrete und I oder nicht der Eigentümer des Pferdes bin, versichere ich mit meiner Unterschrift, von dem Eigentümer | Auftraggeber | Vertretenen ermächtigt zu sein, die Aufklärung entgegenzunehmen und in die Untersuchung | Behandlung | chirurgischen Eingriff einzuwilligen. Ich wünsche die Durchführung der besprochenen Untersuchung | Behandlung | chirurgischen Eingriffs. Ich wurde über die Art der Untersuchung | Behandlung | des chirurgischen Eingriffs, über Alternativen, die Risiken, Nebenwirkungen und mögliche Komplikationen der Untersuchung | Behandlung | chirurgischer Eingriff aufgeklärt und ich habe die Aufklärung verstanden. Ich bewillige eine Anpassung | Veränderung der Untersuchung | Behandlung | chirurgischen Eingriffes im Falle eines unvorhergesehenen Geschehnisses. Ich bin im Falle einer stationären Aufnahme damit einverstanden, dass das Pferd als **Nicht-Schlachtpferd** deklariert wird.

Ort Datum:	
Unterschrift:	
Eigentümer ☐	
Auftraggeber ☐	
Bevollmächtigter ☐	

