

Anmeldung bei:	
Eingestallt von:	
Entlassen am:	
Entlassen von:	
Pferdepass ausgehändigt:	
Kostenpflichtiger Halter:	

BESTANDSKUNDEN-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:	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Divers	Vorname:	Nachname:
Straße und Hausnummer:			
PLZ:	Wohnort:		
Telefonnummer:	Telefonnummer im Notfall:		
E-Mail:			
Geburtsdatum:			
Geschäftskunde Firma:			
Steuer-Id. (nur bei Geschäftskunden):	<input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> Drittland		

ABWEICHENDE RECHNUNGSADRESSE | VERSICHERUNGSNEHMER (ist Rechnungsempfänger und Auftraggeber)

Vorname und Name:	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Divers	Vorname:	Nachname:
Firma:			
Straße und Hausnummer:			
PLZ:	Wohnort:		
Telefonnummer:	E-Mail:	Geburtsdatum:	



PFERD		
Daten:	Name:	
	Eigentümer des Pferdes:	
	Lebensnummer:	
	Geschlecht: <input type="checkbox"/> Stute <input type="checkbox"/> Hengst <input type="checkbox"/> Wallach	
	Farbe:	Rasse:
	Geschätztes Gewicht: <input type="checkbox"/> > 600 kg <input type="checkbox"/> WB: 500-600 kg <input type="checkbox"/> VB I Isländer: 400-500 kg <input type="checkbox"/> Pony: 200-400 kg <input type="checkbox"/> < 200 kg	
	Geburtsdatum:	
Versicherung:	Hat das Pferd eine OP-Versicherung? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
	Name der Versicherung: _____	
	Versicherungsscheinnummer: _____	
	Wie viele Tage nach OP: <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 17	
Höchstauszahlungsbetrag: _____ € GOT <input type="checkbox"/> 2-fach <input type="checkbox"/> 3-fach		
<input type="checkbox"/> andere Versicherung: _____		
Gibt es eine Deckungszusage? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
OP Versicherungsvertrag als Kopie beigelegt: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 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.		
Haftung:	Der Auftraggeber legt hiermit eigenhändig und bindend den Verkehrswert des oben genannten und zu untersuchenden/ behandelnden Pferdes für dieses Vertragsverhältnis fest: <input type="checkbox"/> < 10.000 € <input type="checkbox"/> 10.000 bis 20.000 € <input type="checkbox"/> 21.000 bis 50.000 € <input type="checkbox"/> 51.000 bis 100.000 € <input type="checkbox"/> 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 Überempfindlichkeit gegen Medikamente Nahrungsmittel etc.? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche:	
	Besteht eine bekannte Herz-Kreislauf-Erkrankung? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche:	
	Hatte das Pferd in der Woche vor der Einstellung Fieber, Apathie, Husten, Diarrhoe oder andere Symptome? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche:	
	Erlauben Sie eine mögliche Publikation Ihres Tieres auf Social Media (z.B. Facebook)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
	Ich möchte helfen, die Pferdemedizin zu verbessern, indem anonymisierte Bilddaten meines Pferdes für KI gestützte Diagnosen genutzt werden. Die Daten werden vollständig anonymisiert, sodass sie weder meinem Pferd noch mir zugeordnet werden können. Die Einwilligung ist freiwillig, hat keinen Einfluss auf die Behandlung und kann jederzeit widerrufen werden. <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, ich möchte helfen.	



PFERD	
Schlachtpferd:	Ist das hier angemeldete Pferd ein Schlachtpferd? <input type="checkbox"/> Nein (mein Pferd ist KEIN Schlachtpferd) <input type="checkbox"/> Ja (mein Pferd ist ein Schlachtpferd) Hinweis: Für Schlachtpferde wird ein Mehraufwand für Dokumentation etc. berechnet
Spezielle Komplikationen, die bei der geplanten Behandlung oder dem chirurgischen Eingriff möglich sind:	Falls nötig vom behandelnden Tierarzt / Tierärztin auszufüllen:
Unterschrift <u>aufklärender Tierarzt:</u>	Name:
	Unterschrift:

ZAHLUNGSMODALITÄTEN	
<input type="checkbox"/> Rechnung per Post durch BFS health finance GmbH (nur bei positiver Bonitätsprüfung) Oder Sofortzahlung per: <input type="checkbox"/> EC-Karte <input type="checkbox"/> Visa Card <input type="checkbox"/> Master Card Euro Card Kreditkarte (bitte Kreditkartendaten nur eintragen, wenn Sie selbst zur Bezahlung nicht vor Ort sind):	
Karteninhaber:	
Kartenummer:	
Gültig bis:	Sicherheitscode:

Datenschutz	<p>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.</p> <p>Notfallbehandlung während des Aufenthalts</p> <p>Während eines stationären Aufenthalts in der Equi Dent Clinics GmbH (z.B. im Rahmen einer Zahnbehandlung oder Nachsorge) kann es zu akuten Erkrankungen kommen, die eine sofortige tierärztliche Notfallversorgung erfordern (z.B. Kolik, schwere Kreislaufprobleme). In diesen Fällen kann eine umgehende Behandlung durch die Hansekl. für Pferde Sitten- sen bzw. die Pferdekl. Wahlstedt notwendig sein. Ich bin damit einverstanden, dass in solchen Notfällen die für die Behandlung erforderlichen Daten meines Pferdes sowie meine Kontaktdaten an die beteiligte Klinik übermittelt und dort zur Durchführung und Dokumentation der Notfallbehandlung sowie zur Abrechnung verarbeitet werden. Die Verarbeitung erfolgt auf Grundlage des jeweiligen Behandlungsvertrags (Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO) und der berechtigten Interessen an einer sachgerechten Notfallversorgung meines Pferdes (Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO).</p>
Verrechnungsstelle BFS	<p>Sie erklären sich ausdrücklich einverstanden mit der</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>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.</p>
Kein Arzt kann den Erfolg seiner Behandlung seines chirurgischen Eingriffes garantieren	<p>Wir haben mit Ihnen die Erfolgsaussichten sowie die Risiken und möglichen Nebenfolgen der Untersuchung Behandlung des chirurgischen Eingriffes und mögliche Alternativen für Ihr Pferd besprochen. Um Gewissheit zu haben, dass Sie die Entscheidung zur Untersuchung Behandlung zum chirurgischen Eingriff unter Abwägung aller für Sie wesentlichen Umstände treffen, weisen wir Sie nochmals schriftlich in diesem Merkblatt auf die wichtigsten Punkte hin. Viele Risiken haben wir mit medizinischen Fachausdrücken bezeichnet. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an uns. Die aktuelle Rechtsprechung fordert eine Aufklärung des Eigentümers Auftraggebers oder dessen Vertreters und eine Dokumentation dieser Aufklärung. Bitte lesen Sie dieses Aufklärungsformular Einstellungsvertrag in Ruhe durch und klären Sie alle unbeantworteten Fragen umgehend mit uns. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie als Eigentümer/Auftraggeber oder dessen Vertreter die erfolgte Aufklärung und Einwilligung zur Untersuchung Behandlung zum chirurgischen Eingriff und der dazu notwendigen Voll- oder Standnarkose.</p>





AUFKLÄRUNG

Anästhesie Narkoserisiko	Trotz moderner Narkosetechnik und der Verwendung von schonenden Narkosemedikamenten kann es in der Tiermedizin zu sogenannten Narkosezwischenfällen (bis hin zum Tod) kommen, die außerhalb unserer Kontrolle und Eingriffsmöglichkeiten liegen. Diese Probleme können selbst durch modernste Geräte und gewissenhafte Betreuung nicht vermieden werden. Auf dieses Risiko müssen wir Sie hinweisen. Dieses Risiko beträgt etwa 1 % und beinhaltet unter anderem Herz-Kreislaufprobleme, Nerven- und Muskelentzündungen/-verletzungen, Nierenversagen, Kehlkopflähmungen oder -spasmen sowie andere Probleme während der Narkose oder der Aufwachphase. Die Aufwachphase findet in einer speziell gepolsterten Box statt. Aufgrund der hohen Masse des Pferdes und der immensen Körperkraft kann das Pferd in dieser Phase nicht kontrolliert werden. Trotz Sedation und der speziellen Polsterung kann es zu unkontrollierten Niederstürzen kommen. Das Pferd kann sich dabei Verletzungen zuziehen, welche im schlimmsten Falle zu einer Tötung des Pferdes führen können. Auch in der post-operativen Phase können Probleme im Zusammenhang mit der Narkose auftreten, wie etwa Herz-Kreislauf-Probleme, Nerven- oder Muskelentzündungen, Darmentzündungen, Obstipation, Kolik etc. Die Narkoserisiken sind erhöht bei Notfall-Operationen, bei Kaltblutpferden, bei älteren Pferden, tragenden Stuten und Fohlen.
Allgemeine Komplikationen der Behandlung des chirurgischen Eingriffes	Jeder tiermedizinische Eingriff 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 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, Infektion nach Punktion einer synovialen Struktur. Grasens auf eigene Gefahr: Jakobskreuzkraut und andere Giftpflanzen auf dem Klinikgelände.
Unvorhersehbare Umstände während der Behandlung	Besondere Umstände, welche nicht immer vorhersehbar waren oder erst während des Eingriffes hervortreten, können zu einer Änderung 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 Narkose verbunden wäre.
Haftungsausschluss	Für mitgebrachte Dinge wie z.B. Decken, Gamaschen, Halfter, Futterdosen etc. wird keine Haftung übernommen.

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 | 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 Eingriffes. Ich wurde über die Art der Untersuchung | Behandlung | des chirurgischen Eingriffes, 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 <input type="checkbox"/>	
Auftraggeber <input type="checkbox"/>	
Bevollmächtigter <input type="checkbox"/>	

