



# Tierärztliche Praxis für Pferde

Sergej Zeller

Stolkerfelder Str. 27 · 24890 Stolk · Tel.: 0173 / 4815754  
E-Mail: info@pferdepraxis-stolk.de · www.pferdepraxis-stolk.de

## Stationäre Aufnahme

Ihr Pferd wird heute in unserer Praxis stationär aufgenommen, dafür benötigen wir die rückseitigen Angaben von Ihnen und Ihrem Pferd, diese unterliegen der strengen ärztlichen Schweigepflicht und werden nicht ohne Ihre vorherige Einwilligung an Dritte weitergegeben.

Aufnahmegrund: \_\_\_\_\_ Datum/Uhrzeit: \_\_\_\_\_

**Besitzer:**  Herr  Frau  Divers Name: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Notfallruffnummern: \_\_\_\_\_

### Patient:

Name: \_\_\_\_\_ Lebensnummer: \_\_\_\_\_

Im Equidenpass eingetragen als  Schlachtpferd  Nichtschlachtpferd

Krankenversicherung:  ja, bei \_\_\_\_\_  nein

OP-Versicherung:  ja, bei \_\_\_\_\_  nein

Impfungen aktuell:  Tetanus  Influenza  Equines Herpesvirus

OP-Erlaubnis:  ja  nein

Haltung zuhause:  Stroh  Späne  Waldboden  Offenstall

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Koppelgang erlaubt:  ja  nein Paddockgang erlaubt:  ja  nein

Fütterungs-/Medikamentenunverträglichkeiten: \_\_\_\_\_

Unarten oder Besonderheiten: \_\_\_\_\_

Überweisender Tierarzt/Haustierarzt: \_\_\_\_\_

Zusätzliche Vereinbarungen: \_\_\_\_\_

Bitte wenden →



## Stationäre Aufnahmebedingungen

Sollten Sie nicht der Besitzer des einzustellenden Pferdes sein, versichern Sie hiermit ausdrücklich, die Einwilligung des Besitzers für die Aufnahme, Behandlung und Notversorgung des Pferdes zu haben und in seinem Namen zu unterschreiben.

Es wird auch die Zustimmung erteilt, dass im Rahmen des Aufenthaltes in der Pferdepraxis entstehende Kosten gegenüber Laboren etc., die durch den behandelnden Tierarzt im Interesse der Betreuung ihres Tieres in Auftrag gegeben werden, anerkannt und in direkter Abrechnung mit diesen Parteien bezahlt werden.

### Aufklärung

Bei jeglichen tierärztlichen Eingriffen können trotz fachgerechter Durchführung Komplikationen auftreten. Jede Behandlung, Transport und Umstellung des Pferdes bedeutet eine Stresssituation für den Organismus des Tieres, was eine Schwächung des Immunsystems zu Folge haben kann. In Einzelfällen kann es zu infektiösen, allergischen oder sonstigen Folgeerkrankungen kommen. Wir halten es daher für unsere Pflicht, Sie über die Problematik und Risiken aufzuklären.

Die Pferdepraxis ist berechtigt, erforderliche Behandlungen oder die notwendig werdende sofortige Nottötung des Tieres ohne ausdrückliche Genehmigung des Besitzers durchzuführen, wenn der Besitzer nicht erreicht werden kann.

Sie haben die Möglichkeit nach Absprache mit dem Praxispersonal Ihr Pferd auf der Station zu besuchen, die Nutzung der Reitanlage erfolgt auf eigene Gefahr.

### Schlachtpferdstatus

Sie erklären sich damit einverstanden, dass das Pferd im Falle eines Therapienotstandes mit Arzneimitteln behandelt wird, die nicht für die Anwendung bei Pferden oder anderen lebensmittelliefernden Tieren zugelassen sind und das Pferd somit zum „Nichtschlachtpferd“ umgetragen werden darf. Sie versichern, dass Sie das Tier in so einem Falle nicht zur Lebensmittelgewinnung freigeben werden.

### Zahlungshinweis:

Die Zahlung für den stationären Aufenthalt, sämtliche Behandlungs- und Medikamentenkosten sind direkt bei Abholung des Pferdes zu begleichen. Bei Nichtzahlung besteht Zurückhaltungsrecht des Pferdes.

Sie haben in unserer Praxis die Möglichkeit in **bar** oder **EC** zu bezahlen.

### Datenschutzhinweis gemäß EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist der Inhaber der Praxis, Herr Sergej Zeller.

Wir verwenden die von Ihnen mit diesem Formular erhobenen personenbezogenen Daten zur Durchführung des Dienstleistungsvertrags. Eine Verarbeitung zu anderen Zwecken erfolgt nur aufgrund einer entsprechenden Rechtsgrundlage.

**Nähere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten, zu den Datenempfängern und zu Ihren damit verbundenen Rechten finden Sie in den ausgelegten Datenschutzzinformatio**

**n und auf unserer Webseite unter**

**<https://pferdepraxis-stolk.de/dsgvo-praxis/>**

Auf Nachfrage stellen wir Ihnen die Datenschutzzinformatio

**Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich diese Information gelesen und zur Kenntnis genommen habe. Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und akzeptiere die Behandlungsbedingungen, sowie die Hinweise zur DSGVO.**

---

Ort, Datum

---

Unterschrift