

Überweisung

Datum:

Praxis:	Telefon:
	Telefax:
Überweisender Arzt:	E-Mail:

Patientenbesitzer:	Name:
Patient:	Name:
	Rasse:
	Geburtsdatum:
	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> kastriert
	Verhalten: <input type="checkbox"/> ängstlich <input type="checkbox"/> nervös <input type="checkbox"/> aggressiv <input type="checkbox"/> gelassen

Vorbericht (Symptome/klin. Befunde) + durchgeführte **Behandlungen** (OPs/Medikamente mit Dosierung)

Anlagen Röntgenaufnahmen Laborbefunde andere.....

Unterschrift _____

Bitte weisen Sie Ihre Patienten darauf hin, dass anfallende Gebühren für Diagnostik und Behandlung jeweils am Behandlungstag in bar oder mit EC-Karte zu begleichen sind.

Datenschutzerklärung

Vor dem Hintergrund der DSGVO bestätigen wir hiermit, dass sämtliche uns zur Verfügung gestellten Daten erst verwendet bzw. weiterverarbeitet werden, wenn der Patientenbesitzer in unserer Praxis das dafür notwendige Formular zur Verfügung gestellt bekommen und unterschrieben hat und somit sein Einverständnis zu einer Weiterverarbeitung seiner Daten gegeben hat.

Wir weisen Sie hiermit darauf hin, dass Sie und die Patientenbesitzer auf unserer Homepage die Datenschutzerklärung einsehen können, sowie im Impressum weitere Informationen finden können.

Eine weitere persönliche Auskunft über die Datenschutzerklärung kann selbstverständlich ebenso erfolgen.

Wir möchten Sie hiermit bitten, die Patientenbesitzer darüber zu informieren.