

## Aufnahmeformular

Interne Angaben bitte ausfüllen vom aufnehmenden TA/TÄ/Famulant!

Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit \_\_\_\_\_

Aufnahme-Nr. \_\_\_\_\_

Annahme durch: \_\_\_\_\_ TA/TFA/Famulant

Pferdepass erhalten: Ja  Nein

### KLINIK FÜR PFERDE (Chirurgie)

mit Lehrschieme

Prof. Dr. med. vet. Michael Röcken

(Leiter der Klinik)

Frankfurter Straße 108

D-35392 Gießen

☎ +49 (0)641/99-38571 📠 +49 (0)641/99-38579

✉ [pferdechirurgie@vet.jlug.de](mailto:pferdechirurgie@vet.jlug.de)

### Besitzer / Rechnungsempfänger (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen):

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Straße: / Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_ Telefon geschäftlich: \_\_\_\_\_

Überbringer (wenn nicht identisch mit Besitzer): \_\_\_\_\_  
Name, Vorname

Anschrift

### Tierarzt

Haustierarzt: \_\_\_\_\_ Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

Überweisender Tierarzt: \_\_\_\_\_

### Patientenangaben:

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Rasse: \_\_\_\_\_ Ident.-Nr./Lebens-Nr.: \_\_\_\_\_

Geschlecht: Stute  Wallach  Hengst

### Untersuchungs- und Behandlungsauftrag

- Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich Besitzer oder rechtmäßiger Überbringer des oben genannten Tieres bin und dass ich dieses Tier zur Untersuchung, diagnostischen Abklärung und Therapie in der Klinik für Pferde (Chirurgie) der Justus-Liebig-Universität Gießen vorstelle und abhole.
- Ich erteile die umfassende Genehmigung, dass bei oben genanntem Tier folgende Problematik nach bestem Wissen und Gewissen abgeklärt und behandelt wird: \_\_\_\_\_
- Um bei Tieren die bestmögliche Therapie vornehmen zu können, ist es teilweise nötig, Medikamente einzusetzen, welche für diese Tierart oder die Indikation nicht zugelassen sind. Der Therapienotstand erlaubt es dann, Medikamente, welche für eine andere Spezies oder für einen anderen Verwendungszweck zugelassen sind, oder experimentelle Medikamente einzusetzen. Ich gebe die Erlaubnis, in diesem Fall auf solche Medikamente zurückzugreifen. Sollten derartige Medikamente bei meinem Pferd eingesetzt werden, versichere ich, mein Pferd nicht der Schlachtung zur Lebensmittelgewinnung zuzuführen und diese Information bei Eigentümerwechsel weiterzugeben.
- Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass bei oben genanntem Tier für weiterführende spezialdiagnostische Untersuchungen und für erforderliche therapeutische Eingriffe eine Narkose/Sedation angewendet wird. Ich bin von einem/r Tierarzt/Tierärztin über die damit verbundenen Risiken aufgeklärt worden.
- Die **voraussichtlichen Kosten** betragen: \_\_\_\_\_ € **zzgl. MwSt.** Dieser Kostenrahmen basiert auf der Untersuchung des Patienten beim Eintritt in die Klinik und kann sich je nach Krankheitsverlauf ändern. Der

diagnostische und therapeutische Aufwand ist erfahrungsgemäß am Anfang deutlich höher. Alle Rechnungen sind sofort zu bezahlen (EC-Karte oder bar). Ratenzahlungen müssen vor Abholung des Tieres mit der Verwaltung der Universität (Abrechnungsschalter) vereinbart werden.

6. Ich erteile die Erlaubnis, anderen Einrichtungen (externe und interne Labors) Material (Blut, Harn, etc.) zu Diagnostikzwecken zu senden und werde deren Rechnungen gesondert erhalten und bezahlen. Diese Kosten sind nicht in den voraussichtlichen Kosten enthalten.
7. Sofern Sie nicht ausdrücklich widersprechen, können in der Klinik verstorbene Tiere am Institut für Veterinärpathologie obduziert.
8. Ich gebe mein Einverständnis zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zu Abrechnungszwecken.
9. Bei stationärer Aufnahme: Ich bestätige, dass ich das Informationsblatt der Klinik für Pferde (Chirurgie) und die Bedingungen für die Aufnahme von Tieren zur stationären und nichtstationären Behandlung der Justus-Liebig-Universität Gießen erhalten habe.
10. Ich bin einverstanden, dass evtl. Befunde meines Tieres anonymisiert in Publikationen verwendet werden.
11. Sofern vom Besitzer die persönliche Behandlung oben genannten Tiere/s durch einen leitenden Tierarzt gewünscht wird, erhält der Tierbesitzer neben der Rechnung der Universität für Sachkosten und tierärztliche Grundleistungen eine Rechnung vom liquidationsberechtigten Tierarzt für dessen tierärztliche Leistungen. Die Kosten werden dadurch nicht höher ausfallen. Der Besitzer wird somit von zwei Seiten Rechnungen erhalten (Universitäts- u. Liquidationsrechnung). Ich bin über den Inhalt der Erklärung zur Behandlung durch einen liquidationsberechtigten Tierarzt des Fachbereichs Veterinärmedizin, die oben genannten Kosten informiert worden.

12. **Die entstehenden Behandlungskosten sind bei Abholung in bar/EC-Zahlung zu den Öffnungszeiten der Kasse (montags bis freitags) von 7.30 – 16.00 Uhr bzw. nach Vereinbarung zu zahlen.**

13. Ich habe die nachfolgenden Informationen zum Datenschutz zur Kenntnis genommen.

Die Justus-Liebig-Universität verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten zum Zwecke Rechtsgrundlage ist Art. 6 Abs. 1b der Europäischen Datenschutzgrundverordnung in Verbindung mit dem Behandlungsvertrag. Zur Erfüllung dieses Vertrages ist die Bereitstellung dieser Daten notwendig.

Ihre Daten können denjenigen Beschäftigten der Justus-Liebig-Universität oder anderer Stellen der öffentlichen Verwaltung mitgeteilt werden, die sie zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen.

Soweit sich aus anderen Vorschriften keine besonderen Aufbewahrungsfristen ergeben, bleiben Ihre Daten gespeichert, so lange dies für die Erfüllung der genannten Zwecke erforderlich ist.

Sie sind jederzeit berechtigt, über Ihre Daten Auskunft zu verlangen und unrichtige Daten berichtigen oder ihre Verarbeitung einschränken zu lassen (Art. 15, 16 und 18 der Europäischen Datenschutzgrundverordnung). Falls Sie die Datenverarbeitung für rechtswidrig halten, können Sie Beschwerde beim Hessischen Datenschutzbeauftragten erheben (Art. 77 der Europäischen Datenschutzgrundverordnung, § 55 des Hess. Datenschutz- und Informationsfreiheitsgesetzes). Ferner können Sie verlangen, Ihre Daten in portabler Form übermittelt zu bekommen oder an einen anderen Verantwortlichen übermitteln zu lassen (Art. 20 EU-DSGVO).

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist die Justus-Liebig-Universität Gießen, Ludwigstraße 23, 35390 Gießen, vertreten durch ihren Präsidenten. Datenschutzbeauftragte sind:

Axel P. Globuschütz  
Ludwigstraße 23, Raum 227  
35390 Gießen  
Datenschutz@uni-giessen.de  
Tel. 0641-99 12230

Dr. Robert Pfeffer  
Ludwigstraße 23, Raum 221  
35390 Gießen  
Datenschutz@uni-giessen.de  
Tel. 0641-99 12250

#### **Rechtlicher Hinweis:**

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Personalien und gebe den Auftrag zur Untersuchung/ Behandlung Meines Tieres. Weiterhin erkläre ich mich – für diese und künftige Behandlungen – mit der Übermittlung aller für die Abrechnung erforderlichen, auch medizinischen Daten an das Verrechnungsbüro einschließlich der Rechnungsstellung einverstanden. Zu diesem Zweck befreie ich den/die tierärztlichen Behandler von der Schweigepflicht. Ich erkenne die Bedingungen für die Aufnahme von Tieren zur stationären und nichtstationären Behandlung (lt. Aushang) an. Ich bin verpflichtet, für die tierärztliche Leistung des Tieres finanziell aufzukommen. Die nach der zurzeit gültigen tierärztlichen Gebührenordnung anfallenden Behandlungsgebühren müssen sofort bezahlt werden. Ich bin verpflichtet, das Klinikpersonal von Untugenden des Tieres (Bissigkeit, etc.) zu unterrichten und wahrheitsgemäße Angaben zum Vorbericht zu machen. Die Haftpflicht nach § 834 BGB verbleibt beim Tierhalter.**

Hiermit bestätige ich, dass ich oben genannte Punkte zur Kenntnis genommen habe und die Bedingungen für die Behandlung von Tieren als Gegenstand des Vertrages anerkenne. Eine Ausfertigung des Untersuchungs-/Behandlungsvertrages wurde mir ausgehändigt.

Gießen, den \_\_\_\_\_ Besitzer/Überbringer \_\_\_\_\_ Tierarzt/Tierärztin \_\_\_\_\_