Stand: November 2019

**Muster**

**Aufnahmeschein und Behandlungsvertrag für**

**stationäre Behandlung und/oder Operation**

***Der nachfolgende Mustervertrag enthält lediglich Empfehlungen für den Abschluss eines Behandlungsvertrages zwischen einem niedergelassenen Praxen-/Klinikinhaber und einem Tierhalter/Überbringer eines Tieres. Der Mustervertrag erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit; er muss individuell überprüft und im Einzelfall angepasst werden. Der Mustervertrag ersetzt keinesfalls eine Beratung durch einen Rechtsanwalt oder einen Steuerberater. Für die Verwendung oder Nutzung des Mustervertrages haftet der/die jeweilige Anwender/-in.***

***Musterverträge sind rechtlich als Allgemeine Geschäftsbedingungen im Sinne der §§ 305 ff BGB einzuordnen. Sie unterliegen damit einer strengen Inhaltskontrolle. Überraschende oder mehrdeutige Klauseln gehen zu Lasten des Verwenders. Individuelle Vereinbarungen haben Vorrang vor Regelungen im Mustervertrag***

**Tierarztpraxis/Tierklinik** (Anschrift etc., Briefkopf)

**I. Aufnahmeschein**

**Auftraggeber**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname: | | |  | | ❑ Tierhalter/Eigentümer | |
|  | | | |  | ❑ in Vertretung des Tierhalters | |
|  | | | | | ❑ Fundtier | | |
|  | | | | | | |
| Geburtsdatum: | |  | | | Tierhalter: |  |
| Anschrift: |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
| Tel.: |  | | | |  |  |
| Fax: |  | | | |  |  |
| E-Mail: |  | | | |  |  |

**Patient**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tierart: |  | | | | Rasse: | |  | | Name: |  | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Geschlecht: | |  | | | Kastr.: |  | | Alter/Geb.-datum: | | |  |
|  | | | | | | | | | | | |
| Kennzeichnung: | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Durchgeführte Impfungen: | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Medikamentelle Vorbehandlung, bzw. Dauermedikation: | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sonstige Vorerkrankungen oder Operationen: | |  |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| Haustierarzt/überweisender Tierarzt: |  | |
|  | | |

**II. Behandlungsvertrag**

**Zwischen dem Unterzeichner/Tierhalter und der Praxis/Klinik wird folgender Behandlungsvertrag (Dienstvertrag) geschlossen:**

**1) Vertragsgrundlagen**

|  |
| --- |
| Grund der stationären Aufnahme/vorgesehene Operation/Eingriff/Behandlung: |
|  |
|  |

Die Praxis/Klinik verpflichtet sich, das Tier so zu behandeln, wie es der tierärztlichen Kunst und Wissenschaft entspricht.

Der Unterzeichner erklärt sein Einverständnis zur Durchführung der notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen einschließlich der Narkose. Über das Narkoserisiko ist er von einem Tierarzt der Praxis/Klinik aufgeklärt worden. Während der Narkose werden Atmung, Herz und Kreislauf ständig überwacht. Dennoch lässt sich das Risiko eines Zwischenfalls nie völlig ausschließen. Auch bei jeder Operation besteht ein gewisses Risiko und nicht jede Komplikation, z. B. eine Störung der Wundheilung, kann sicher ausgeschlossen werden. Der Erfolg eines operativen Eingriffes kann nicht garantiert werden. In Ihrem Fall ist die Prognose

Um eine optimale, aseptische Vorbereitung des Operationsgebietes zu erreichen, werden die Haare geschoren, und wir benutzen zur Hautdesinfektion ein gefärbtes Desinfektionsmittel. Der Besitzer nimmt zur Kenntnis, dass Reste des Desinfektionsmittels auf der Haut oder den Haaren verbleiben und diese zeitweise verfärben können.

**Vor der Operation ist zu beachten:**

* Hunde und Katzen müssen nüchtern sein. Füttern Sie es am Vortag nicht mehr nach 18:00 Uhr.
* Trinken darf das Tier bis zu 2 Stunden vor der Operation. Heimtiere, Vögel und Reptilien dürfen ohne Beschränkung trinken.
* Führen Sie Ihren Hund auf dem Weg zur Klinik noch einmal aus.
* Sollte sich am Zustand des Tieres seit der letzten Untersuchung etwas geändert haben, teilen Sie uns das bitte unbedingt mit.
* Sollten Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir um rechtzeitige Benachrichtigung, da wir Ihnen sonst Vorbereitungs- und Ausfallkosten berechnen müssen.

Der Unterzeichner erklärt sich einverstanden, dass das Tier schmerzlos getötet wird, sobald festgestellt wird, dass das Tier unheilbar krank ist und ein artgerechtes Weiterleben für das Tier zur Qual wird. Die Praxis/Klinik wird in einem derartigen Fall vorher versuchen, mit dem Besitzer des Tieres Kontakt aufzunehmen.

Der Unterzeichner verpflichtet sich, das Klinik-/Praxispersonal von Untugenden seines Tieres, wie z. B. Bissigkeit, in Kenntnis zu setzen.

Der Unterzeichner nimmt zur Kenntnis, dass Besuche von stationären Patienten aus veterinärmedizinischen und organisatorischen Gründen nicht möglich sind.

**2) Abrechnung**

❑ **a) Direktabrechnung**

Der Unterzeichner verpflichtet sich, die für die tierärztliche Behandlung des Tieres nach der zurzeit gültigen Gebührenordnung für Tierärzte (GOT) entstehenden Kosten bei der Abholung in bar oder per EC zu begleichen.

Das in der Klink/Praxis eingestellte Tier wird nur nach Zahlung der Behandlungskosten und der Kosten für die stationäre Betreuung entlassen.

❑ **b) Abrechnung über Dienstleister**

Wir nutzen einen Dienstleister zur Abrechnung über die erbrachten Leistungen. Zum notwendigen und erforderlichen Zweck der Durchführung der entstehenden Vertragsverhältnisse werden über die bereits benannten Daten weitere personenbezogene Daten, wie Bonitätsauskünfte, Geburtsdatum, Bankverbindung (…) verarbeitet. Die von uns beauftragten Dienstleister rechnen die erbrachten Leistungen zudem direkt mit Ihnen ab. Die zu diesem Zweck vom Dienstleister verarbeiteten Daten werden dort nach Zweckerreichung und/oder Ablauf rechtlichter Aufbewahrungsfristen, spätestens jedoch nach 15 Jahren gelöscht.

Mit Ihrer folgenden Einwilligung geben Sie Ihr freiwilliges Einverständnis zu der vorbeschriebenen Datenverarbeitung

❑ Hiermit erkläre ich ausdrücklich mein Einverständnis mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten in dem vorbeschriebenen Umfang und der beschriebenen Art und Weise. Dies beinhaltet auch die Übermittlung an Dienstleister zur Abrechnung der von mir in Anspruch genommenen Leistungen im Rahmen des anstehenden Behandlungsvertrags.

❑ Ich willige in die Verarbeitung meiner Daten zum Zwecke des Einholens von Bonitätsauskünften über meine Person, die mit dem vertraglichen Verhältnis zur Behandlung meines Tieres in Zusammenhang stehen, durch die benannten Dienstleister ein.

**c) Voraussichtliche Kosten**

Die **voraussichtlichen** Kosten für die Operation/Behandlung aufgrund aktueller Diagnose/Anamnese betragen nach GOT ca. ……. €, die Kosten für die stationäre Betreuung ca. ……. €/Tag. Der Tierhalter nimmt zur Kenntnis, dass die angegebenen Kosten nicht verbindlich sein können, sondern dass sich durch die Notwendigkeit zusätzlicher medizinischer Maßnahmen, z. B. zusätzlicher Laboruntersuchungen, weitere Kosten ergeben können. Die Gebühren werden auch dann fällig, wenn die Behandlung erfolglos bleibt oder das Tier stirbt.

**3) Patientenunterlagen**

Die in der Klinik/Praxis angefertigten Krankenunterlagen, insbesondere die Aufzeichnungen über Laborergebnisse, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen bleiben aus urheberrechtlichen Gründen Eigentum der Klinik/Praxis. Der Tierhalter hat keinen Anspruch auf die Herausgabe der Originalunterlagen. Das Recht des Tierhalters auf Einsicht in die Aufzeichnungen, auf die Überlassung von Kopien auf seine Kosten und die Auskunftspflicht des behandelnden Tierarztes im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen bleibt davon unberührt.

**4) Datenschutzinformationen**

1. Im Zuge des zwischen Ihnen und uns bestehenden Behandlungsvertrages können Proben des zu behandelnden Tieres zur Auswertung und personenbezogene Daten an Labore weitergegeben werden. Hiermit erkläre ich mich einverstanden.

b) Den Datenschutzhinweis gem. EU-Datenschutzgrundverordnung habe ich zur Kenntnis

genommen.

1. Widerruf: Die Entscheidungen zu 2 b) und 4 a) können jederzeit ohne Angaben von

Gründen für die Zukunft widerrufen oder abgeändert werden. Der Widerruf ist postalisch oder per E-Mail an uns zu senden. Eine Folge des Widerrufes kann dann jedoch sein, dass wir das Behandlungsverhältnis nicht mehr oder nicht mehr im bisherigen Umfang fortführen können.

**5) Zahlungsfähigkeit**

Mit der folgenden Unterschrift wird bestätigt, dass der Auftraggeber fähig und willens ist die in Anspruch genommene Behandlung zu bezahlen.

|  |  |
| --- | --- |
| **Datum, Unterschrift Tierhalter/Vertreter** |  |
| (Bei Minderjährigen Unterschrift der Erziehungsberechtigten) | |