

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

NEUKUNDEN-VERTRAG AUFKLÄRUNGSFORMULAR

für Untersuchung | Behandlung | chirurgische Eingriffe in der Hanseklíník für Pferde

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 Hanseklíník für Pferde: | | |
| Überweisender Tierarzt: | | Datum: |

EIGENTÜMER | RECHNUNGSEMPFÄNGER

| | | |
|---------------------------------------|--|--|
| Vorname und Name: | | |
| Straße und Hausnummer: | | |
| PLZ und Wohnort: | | |
| Geburtsdatum: | | |
| Telefonnummer: | | Telefonnummer im Notfall: |
| E-Mail: | | |
| 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: | | Geburtsdatum: |
| Firma: | | |
| Straße und Hausnummer: | | |
| PLZ und Wohnort: | | |
| E-Mail: | | Telefonnummer: |
| 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 Hanseklíník für Pferde steht nicht dafür ein, ob und in welchem Umfang ein Versicherer gegebenenfalls Erstattung des Gebührenanspruches leistet.

PFERD (weitere Informationen siehe Aufklärungsformular)

| | | |
|----------------|--|--------|
| Daten: | Name: | |
| | Lebensnummer: | |
| | Eigentümer des Pferdes: | |
| | 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: | |
| Haftung: | <p>Der Auftraggeber legt hiermit eigenhändig und bindend den Verkehrswert des oben genannten und zu untersuchenden/ behandelnden Pferdes für dieses Vertragsverhältnis fest:</p> <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: _____ | |
| | <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Das Risiko der Tierhalterhaftung wird mit der Aufnahme des Tieres nicht übernommen.</p> <p>Die Klinik ist nicht zur Prüfung der Legitimation von anliefernden sowie abholenden Personen verpflichtet.</p> | |
| Fragen: | <p>Besteht eine bekannte Allergie Überempfindlichkeit gegen Medikamente Nahrungsmittel etc.?</p> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche: _____ | |
| | <p>Besteht eine bekannte Herz-Kreislauf-Erkrankung?</p> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche: _____ | |
| | <p>Hatte das Pferd in der Woche vor der Einstellung Fieber, Apathie, Husten, Diarrhoe oder andere Symptome?</p> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche: _____ | |
| | <p>Erlauben Sie eine mögliche Publikation Ihres Tieres auf Social Media (z.B. Facebook)?</p> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | |
| Schlachtpferd: | <p>Ist das hier angemeldete Pferd ein Schlachtpferd?</p> <input type="checkbox"/> Nein (mein Pferd ist KEIN Schlachtpferd) <input type="checkbox"/> Ja (mein Pferd ist ein Schlachtpferd) <p>Hinweis: Für Schlachtpferde wird ein Mehraufwand für Dokumentation etc. berechnet</p> | |

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: | |
| Kartennummer: | |
| Gültig bis: | Sicherheitscode: |

| AUFKLÄRUNG | |
|---|---|
| Datenschutz | 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. |
| 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 | 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 Standardnarkose. |
| 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. |
| Für häufige Operationen sind hier die u.a. wichtigsten Komplikationen aufgelistet (Liste nicht vollständig) | <p>Operationen der oberen Atemwege (Kehlkopf, Nasennebenhöhle, Luftsack, Nasengänge): Blutung, Chondritis/Granulom, Kehlkopfschwellung, Dysphagie, Husten, Permanentes DDSP, Kehlkopfkollaps, Post-operatives Atemgeräusch, Wundinfektion (inkl. Protheseninfektion/Abstoßungsreaktion wenn eine Prothese eingesetzt wird), Verklebungen, Ausriss Implantat, Affektionen der unteren Atemwege (RAO; IAD, Pneumonie etc.), chronischer Nasenausfluss.</p> <p>Vitrektomie: Erblindung, Bulbusverlust, Infektion, Netzhautablösung, Katarakt, Glaukom, Uveitis, Einblutung, Hornhautulzera, Endothelitis, Keratitis, Hornhautdegeneration.</p> <p>Keratektomie: Erblindung, Infektion, Perforation, Hornhautruptur durch Degeneration, Bulbusverlust, Pannus, Narbenbildung, Uveitis.</p> <p>Arthroskopie Tenoskopie: Chronische Arthritis, Lahmheit, Schwellung, Infektion, Dehizensz, Chip-Fragmente im Gelenk nach OP, Druckstellen Verband.</p> <p>Fraktur Osteosynthese Zysten Griffelbein: Chronische Lahmheit: Infektion, Dehizensz, Druckstellen Verband: dickes Bein, Überbein, Implantatbruch/-dislokation.</p> <p style="text-align: right;">(weiter auf Seite 4)</p> |

| AUFKLÄRUNG | |
|---|---|
| Für häufige Operationen sind hier die u.a. wichtigsten Komplikationen aufgelistet (Liste nicht vollständig) | <p>Wunden: Chronische Lahmheit: Infektion, Dehiszenz, Druckstellen Verband, dickes Bein, Überbein, Infektion tieferer Strukturen (Synoviale Strukturen z.B.), chronische Wunde, wildes Fleisch.</p> <p>Kastration: Blutung, Darmvorfall, Fistel, Infektion, Schwellung, Serom, Lahmheit.</p> <p>Nervenschnitt Fasziotomie: Chronische Arthritis, bestehende Lahmheit, Infektion, Dehiszenz, Druckstellen Verband.</p> <p>Kolik Laparoskopie: Ileus, chronische Kolik, Peritonitis, Wundinfektion, Hernie, Dehiszenz, Ruptur, Darmverletzung, Blutung, Herzgeräusch, Lungenentzündung, Erguss.</p> |
| 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. |
| Sonstige spezielle Risiken Komplikationen (vom TA einzutragen) | |
| Unterschrift <u>aufklärender Tierarzt:</u> | Name: |
| | Unterschrift: |

| VERTRAGSBEDINGUNGEN | |
|--|--|
| Verpflichtungen der Klinik | Die Klinik verpflichtet sich, das eingestellte Tier nach den Regeln der tierärztlichen Kunst einzustellen, zu verpflegen und zu behandeln. |
| Tierhaltererklärung Vertretungserklärung | Sie versichern, dass Sie der Eigentümer des Tieres sind oder als Vertreter des Halters mit dessen ausdrücklicher Vollmacht handeln. Die Klinik ist berechtigt, eine Vorauszahlung für die entstehenden Kosten bzw. bei Entlassung des Tieres die sofortige Bezahlung der Kosten zu verlangen. Handelt der Vertreter des Halters oder Eigentümers ohne Vertretungsvollmacht, so haftet er für die entstandenen Kosten. |
| Auskunftspflicht | Sie sind verpflichtet die Untugenden des Pferdes, bekannte Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Futterstoffe sowie chronische Erkrankungen bei der Aufnahme anzugeben. Sie sind verpflichtet, uns über akute Infektionskrankheiten im Herkunftsstall zu informieren. |
| Auskunft | Verbindliche Auskünfte erteilen nur die behandelnden Tierärzte der Klinik. Die Klinik ist um fernmündliche Benachrichtigungen des Eigentümers oder dessen Bevollmächtigten in dringenden Fällen bemüht. Telefonische Auskunft über hospitalisierte Tiere werden in der Regel von den Stationstierärzten durchgeführt. In dringenden Fragen können Sie eine telefonische Auskunft einholen. |
| Genehmigung | Die Klinik ist berechtigt, erforderliche Untersuchungen Behandlungen chirurgische Eingriffe oder im schlimmsten Falle die notwendig werdende sofortige Tötung des Tieres ohne ausdrückliche Genehmigung des Tierhalters durchzuführen. Stirbt das Tier in der Klinik, so wird der Tierkörper nach dem Tierkörperbeseitigungsgesetz verwertet. Das Tier wird als Nicht-Schlachtpferd behandelt außer explizit anders vom Tierhalter oder dessen Vertreter gewünscht (z.B. durch ein Pferdekrematorium). |

| | |
|------------------------|---|
| Kosten Pfandrecht | Die Unterstellkosten betragen pro angefangenen Tag exklusive Mehrwertsteuer 58,66 € exkl. Futter- und Einstreukosten. Die Klinik erwirkt wegen fälliger Forderungen aus der Versorgung und Behandlung gegen ihren Vertragspartner ein Pfandrecht an dem Pferd und ist befugt, sich aus dem verpfändeten Pferd zu befriedigen. Die Befriedigung erfolgt nach den für das Pfandrecht geltenden Vorschriften des BGB. Die Verkaufsberechtigung tritt einen Monat nach Verkaufsandrohung ein. Die Verkaufsandrohung muss den Geldbetrag bezeichnen, wegen dessen der Pfandverkauf stattfinden soll. |
| Aufnahme Abholung | Die Aufnahme sowie die Abholung der Tiere erfolgen wochentags zwischen 9.00 –17.00 Uhr und am Wochenende samstags zwischen 9.00 –12.00 Uhr oder nach individueller Absprache. Der Besitzer oder dessen Bevollmächtigter ist verpflichtet, sein Tier auf Verlangen der Klinik abzuholen, sobald dies vom tierärztlichen Standpunkt aus gerechtfertigt erscheint. |
| Verladen | Sollte sich Ihr Pferd schlecht verladen lassen organisieren Sie sich bitte vorab. Unsere zeitlichen Kapazitäten ermöglichen es uns leider nicht, Sie längerfristig zu unterstützen. Eine Verladehilfe steht neben der Halle zur Verfügung. Bei Problemen können wir Ihnen das Pferd sedieren, um so ein entspanntes Verladen zu ermöglichen. Sollte dennoch ein größerer zeitlicher Aufwand für unsere Mitarbeiter entstehen, behalten wir uns vor, die benötigte Zeit in Rechnung zu stellen. |
| Besuchszeiten | Mo - Fr: 10.00 - 18.00 Uhr Samstag: 09:00 - 12.00 Uhr Sonntag: keine Besuche |
| Haftungsausschluss | Für mitgebrachte Dinge wie z.B. Decken, Gamaschen, Halfter, Futterdosen etc. wird keine Haftung übernommen. |
| Terminvergabe Absage | Ein Termin gilt erst als bestätigt, wenn der Klinik das vollständig und korrekt ausgefüllte Aufklärungsformular vorliegt. Termine sind min. 48 Stunden vorher abzusagen oder zu verschieben. Andernfalls behält sich die Klinik vor, eine Ausfallpauschale zu berechnen. |

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 I 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 Eingriffs. Ich wurde über die Art der Untersuchung | Behandlung | des chirurgischen Eingriffs, 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"/> | |