

## Tierärztliche Praxis Dr. Michael Nowak, Milanstr. 15, 40882 Ratingen

**Behandlungsort:** Tierärztliche Praxis Dr. Michael Nowak, Schützenstr. 20, 40668 Meerbusch

### Aufnahme-/ Behandlungserklärung

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen, keine Minderjährigen!

#### Auftraggeber (Eigentümer/ Rechnungsanschrift)

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

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

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

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

Straße, PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

#### Patient (Pferd)

Name: \_\_\_\_\_ Rasse: \_\_\_\_\_

Ge.-Datum: \_\_\_\_\_ Farbe: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_

Lebensnummer: \_\_\_\_\_ Chip-Nr.: \_\_\_\_\_

Pferdepass vorgelegt: Ja  /Nein ; Schlachtpferd\*: Ja /Nein

Tetanusimpfschutz vorh.: Ja  / Nein  Späneaufstellung notwendig: Ja  / Nein

Untugenden: \_\_\_\_\_ Vorerkrankungen: \_\_\_\_\_

Gegenstände beim Pferd (bitte Halfter anlassen, Strick mitnehmen): \_\_\_\_\_

Einweisender Tierarzt: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Grund der Aufnahme: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: Ja  / Nein  ; OP-Vers.: Ja  / Nein ; Haftpflichtvers.: Ja  / Nein

**Bitte tragen Sie unbedingt den NAMEN und die EMAIL Adresse ihres Haustierarztes ein!!!**

Der o.g. Auftraggeber hat heute das o.g Tier der Tierärztlichen Praxis Dr. Michael Nowak unter den unten abgedruckten Bedingungen zur Untersuchung/ Behandlung übergeben. Im Falle einer Operation wurde die Narkoseinformation durchgelesen und verstanden, sowie alle bestehenden Fragen – auch zur OP- beantwortet

\_\_\_\_\_  
Für die Tierärztliche Praxis Dr. M. Nowak

\_\_\_\_\_  
Eigentümer od. Bevollmächtigter Vertreter

Vertreter in Druckbuchstaben u. Adresse: \_\_\_\_\_

(der Vertreter garantiert das Einverständnis und die Rechnungsbegleichung des Eigentümers)

\* Statusänderung: Möglicherweise ist der Einsatz von Arzneimitteln, die bei Lebensmittel liefernden Pferden nicht erlaubt sind, notwendig. Dann stellt der Tierarzt sicher, dass das betreffende Tier vor der Behandlung unwiderruflich als „nicht zur Schlachtung für den menschlichen Verzehr bestimmt“ erklärt wird. Hierfür ist sowohl die Unterschrift des Tierhalters als auch die des Tierarztes erforderlich.

Bank  
IBAN  
BIC

Stadtsparkasse Essen  
DE71 3605 0105 0008 7427 77  
SPESDE3EXXX

Steuer-Nr.: 147/5253/1028

## **Tierärztliche Praxis für Pferde, Dr. Michael Nowak, Milanstr. 15, 40882 Ratingen**

**Behandlungsort:** Tierärztliche Praxis für Pferde, Dr. Michael Nowak, Schützenstr. 20, 40668 Meerbusch

### **Aufnahmebedingungen/ Operationserlaubnis**

- 1. Die Herausgabe von eingestellten Pferden erfolgt ausschließlich zu einer vorher abgesprochenen Zeit (Abholung nur nach vorheriger Absprache) und ist, an die Begleichung der Rechnung oder eines Teilbetrages in Bar oder aber auch per Echtzeit-Überweisung (die Zahlung muss direkt auf dem Konto gutgeschrieben sein) gebunden. Kartenzahlung ist bei uns NICHT möglich! Die Anzahlung wird im Nachgang auf ihrer Rechnung in Abzug gebracht. Die Praxis ist zur Prüfung der Legitimation des Abholers nicht verpflichtet.**
- 2. Für reine Beratungstätigkeiten erheben wir eine Gebühr von 350 € je Stunde. Dazu zählt die Expertise zu übersandten Fremdunterlagen, Herstellung von Verbindungen und Kontaktieren von Universitäten, Gesellschaften, Gutachtern und Juristen, national und international, die sich mit Themen der Orthopädie, Kopf-, HNO-, Zahn- und Sinuserkrankungen befassen.**
3. Die Tierärztliche Praxis für Pferde Dr. Michael Nowak verpflichtet sich, die Behandlungen und Operationen nach den Regeln der tierärztlichen Kunst durchzuführen. Eine Gewähr für das Gelingen einer Operation oder eine erfolgreiche Behandlung kann nicht gegeben werden. Insbesondere werden Ansprüche auf Nachbesserung, Wiederholung einer Operation, auf Minderung des Honorars und auf Schadensersatz- letzteres auch im Hinblick auf etwaige Folgeschäden- ausgeschlossen.
4. Für Schäden oder Verluste von Tieren durch Unglücksfälle und Infektion haftet die Praxis nicht. Die Praxis ist berechtigt, erforderliche Behandlungen oder eine notwendig werdende Tötung des Tieres (infauste Prognose/ Tierschutz) bei Nichterreichbarkeit auch ohne ausdrückliche Genehmigung des Auftraggebers durchzuführen
5. Die Haftung der tierärztlichen Praxis für Pferde Dr. Michael Nowak bezüglich Vermögensschäden ist begrenzt auf 250.000 €.
6. Der Auftraggeber akzeptiert die Risiken einer intraartikulären oder intrasynovialen Injektion im Rahmen der Lahmheitsdiagnostik/ - Therapie
7. Über Narkose- und Operationsrisiko (Einleitung, Operation, Aufstehphase, Spätkomplikationen) wurde der Auftraggeber informiert.
8. In besonderen Fällen, greifen wir auf ein zentrales Analgetikum zurück, das dem Betäubungsmittelgesetz unterliegt.
9. Telefonische Auskunft über den Krankheitsverlauf kann durch den Eigentümer bei Herrn Dr. Nowak eingeholt werden.
10. Den Veterinärhelfern, Praktikanten oder Büromitarbeitern ist es untersagt, irgendwelche medizinischen Auskünfte, auch Preisauskünfte, insbesondere über Patienten, zu geben. Entsprechende Anliegen werden an Herrn Dr. Nowak weitergeleitet und so bald wie möglich erledigt.

Ich habe die oben stehenden Vertragsbedingungen gelesen und akzeptiert.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

11. Pferdebesuche sind nach Rücksprache mit den Veterinärhelfern zu bestimmten Besuchszeiten erlaubt: 11:30-13:00 Uhr und 18:30-20:00 Uhr.

## 12. Kosten

Für Tierärzte gilt die gesetzliche Regelung der tierärztlichen Gebührenordnung (GOT) in der jeweils gültigen Fassung. Die Tierärztliche Praxis Dr. Nowak hält sich an diese Gebührenordnung und wird den dort vorgegebenen Rahmen nicht überschreiten. Einige Leistungen, die von unserer Praxis angeboten werden, sind nicht in der Gebührenordnung aufgeführt, sondern unterliegen eigens erstellten Leistungsparametern. Diese liegen bei uns in der Praxis aus und dürfen jederzeit eingesehen werden. Bei Bedarf oder falls Sie unsicher sind, sprechen Sie uns bitte auf die Kosten an. Mit Ihrer Unterschrift berechtigen Sie die Tierärztliche Praxis Dr. Nowak im Interesse ihres Pferdes erforderliche und den ursprünglichen Betreuungsauftrag übersteigende Untersuchungen und Behandlungen (bei Koliken, Operationen etc.) bei Bedarf bzw. wenn Sie oder ihre angegebenen Vertreter nicht direkt erreichbar sind, auch ohne ihre ausdrückliche Genehmigung, durchzuführen. Es wird auch die Zustimmung erteilt, dass im Rahmen des Aufenthaltes in der Klinik entstehende Kosten gegenüber Dritten (Hufschmied, Labore 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.

## 13. Notdienstgebühren

Der Bundesrat hat der neuen "Notdienst-Gebührenordnung" zugestimmt, ab dem 14.02. 2020 sind neue Nacht-, Not- und Wochenenddienstzeiten mit den zugehörigen höheren Gebühren rechtlich verpflichtend! Außerhalb der normalen Sprechzeiten gilt der 2-4 fache Satz, pauschal muss eine Notdienstgebühr von 59,50 Euro zusätzlich erhoben werden.

## 14. Zahlung in Raten

Es gibt hinsichtlich der Bezahlung Ihrer Rechnung in Raten verschiedene Optionen für Sie. Bitte sprechen Sie uns an, falls Sie die Möglichkeit einer Ratenzahlung wünschen.

## 15. Pferde mit OP-Versicherung

Je nach Versicherungstyp (einfacher oder zweifacher Satz der Gebührenordnung für Tierärzte (GOT), mit-/ohne Selbstbeteiligung etc.) werden die Kosten gemäß Ihres gültigen Vertrages mit der Versicherung von dieser übernommen. Einige Kosten werden von Ihrer OP-Versicherung nicht gedeckt. Dazu gehört evtl. die stationäre Unterbringung, der Anteil der Selbstbeteiligung, und evtl. die Differenz zwischen dem Gesamtrechnungsbetrag und dem von der OP-Versicherung gedeckten Betrag. In unserer Klinik verwenden wir für die Berechnung der Kosten im Rahmen von operativen Eingriffen i.d.R. den zweifachen Satz der GOT. Bitte melden Sie die Behandlung und Operationen des Pferdes selbstständig bei der Versicherung an, da eine Direktabrechnung über uns nicht möglich ist. **Nach Abschluss des stationären Aufenthaltes, müssen Sie ihre Rechnung bei der Versicherung einreichen. Da die Versicherungen meist**

**einige Tage benötigen, die Fälle zu bearbeiten, müssen Sie die Rechnung bei uns meist in Vorleistung begleichen, ehe Sie den Betrag von ihrer Versicherung erstattet bekommen.**

Ich habe die oben stehenden Vertragsbedingungen gelesen und akzeptiert.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_