

Einwilligungserklärung zur Behandlung

Angaben zum Auftraggeber / Tierhalter

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon / E-Mail: _____

Angaben zum Tier

Name des Tieres: _____

Tierart/Rasse: _____

Alter des Tieres: _____

Chip-Nr. (falls vorhanden): _____

Ich bestätige hiermit, dass ich Eigentümer/in bzw. verlegungsberechtigte/r Halter/in des oben genannten Tieres bin und zur Erteilung dieser Einwilligung berechtigt bin.

1. Aufklärung

Bones Praxis GmbH bietet nicht-tierärztliche Dienstleistungen in den Bereichen Chiropraktik, Osteopathie, Massage sowie Ernährungsberatung für Tiere an. Diese Leistungen stellen ausdrücklich keine tierärztliche Diagnose, Therapie oder Notfallversorgung dar und ersetzen diese nicht.

Ich wurde vor Beginn der Behandlung über Art, Umfang und mögliche Risiken der geplanten Behandlung aufgeklärt. Mir ist bekannt, dass ein bestimmter Behandlungs- oder Heilerfolg nicht geschuldet und nicht garantiert wird.

Mir ist bekannt, dass es trotz sorgfältiger und fachgerechter Behandlung zu vorübergehenden, behandlungstypischen Reaktionen meines Tieres kommen kann (z. B. Muskelkater oder eine vorübergehende Verschlechterung der Symptomatik). Solche Reaktionen begründen für sich genommen keine Pflichtverletzung und keinen Mangel der Leistung.

2. Angaben und Pflichten des Auftraggebers

Ich versichere, alle für die Behandlung relevanten Informationen zum Gesundheitszustand meines Tieres wahrheitsgemäß und vollständig angegeben zu haben, und verpflichte mich, über spätere Änderungen unverzüglich zu informieren.

Mir ist bekannt, dass ich ein akut behandlungsbedürftiges, insbesondere lebensbedrohliches oder mit erheblichen Schmerzen einhergehendes Krankheitsgeschehen meines Tieres unverzüglich tierärztlich abklären lassen muss, und dass Bones Praxis GmbH berechtigt ist, die Behandlung in einem solchen Fall abzulehnen, auszusetzen oder abubrechen und an eine Tierärztin oder einen Tierarzt zu verweisen.

- ☐ Bei meinem Tier liegen derzeit keine akuten Erkrankungen, Verletzungen, ansteckenden Krankheiten oder sonstigen relevanten gesundheitlichen Auffälligkeiten vor.
- ☐ Bei meinem Tier liegen folgende akute Erkrankungen, Verletzungen, ansteckenden Krankheiten oder sonstigen relevanten gesundheitlichen Auffälligkeiten vor.

3. Einwilligung

Ich willige freiwillig und nach vorheriger Aufklärung über Art, Umfang und mögliche Risiken der Behandlung in deren Durchführung ein.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit, auch während einer laufenden Behandlung, formlos mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Mir ist ferner bekannt, dass kein Anspruch auf Fortsetzung oder Wiederholung einer begonnenen Behandlung besteht, soweit deren Abbruch oder Anpassung nach fachlicher Einschätzung von Bones Praxis GmbH im Interesse des Wohls des Tieres erforderlich ist.

Diese Einwilligungserklärung ist Bestandteil des jeweiligen Behandlungsvertrags (§ 5.3 der AGB).

4. Datenschutz

Die Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt gemäß der Datenschutzerklärung von Bones' Praxis GmbH, abrufbar unter www.bonespraxis.de/datenschutz.

Ort, Datum

Unterschrift Tierhalter