

OP AUFTRAG/VERMITTLUNGSVERTRAG

Dieser Vertrag zur Operationsvermittlung wird abgeschlossen zwischen

Barisa Zähne & More Anstalt

Fabrikstrasse 2

9496 Balzers

Fürstentum Liechtenstein

und

(Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen)

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ/Ort:

_____ Tel./Mobil:

_____ Email: _____

Behandlungs Datum /Bereich: _____

Machen Sie die nötigen Voruntersuchung wie Blutbild (nicht älter als 2 Wochen),

Brustkorbröntgenbild (nicht älter als 1 Jahr), und EKG (nicht älter als 6 Mt.)

bei Ihrem Hausarzt __

oder in Budapest __ .

(Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Ich habe die AGB's der Barisa Zähne & More Anstalt (Allgemeinen Geschäftsbedingungen: Anhang 1) und Datenschutzrichtlinien bzw. die Einverständniserklärung gem. Art. 13 DSGVO (Anhang 2) gelesen, verstanden, erkläre mich damit einverstanden und anerkenne sie als integralen Bestandteil des vorliegend unterzeichneten Vertrages. Insbesondere bestätige ich hiermit ausdrücklich die Kenntnisnahme davon, dass die internistische Voruntersuchung vor dem Operationsantritt vorzunehmen ist, da ansonsten keine Behandlung stattfinden kann.

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

Hiermit bestätige ich ausdrücklich, dass ich keine weichen oder harten Drogen konsumiere (rauchen und mässiger Alkoholkonsum ausgenommen, kein übermässiger Akoholkonsum) und keinen Glaubensgemeinschaften angehöre, die Bluttransfusionen ablehnen oder selbst aus persönlichen Gründen Bluttransfusionen ablehne.

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

Wichtig: Termin und Preis können nur garantiert werden, wenn die Anzahlung und die Vermittlungsgebühr spätestens 20 Tage nach Erhalt der Rechnung überwiesen werden.

Anhänge:

1. Allgemeine Geschäftsbedingungen der Barisa Zähne & More Anstalt
2. Datenschutzerklärung und Einverständniserklärung gemäss DSGVO (Datenschutzgrundverordnung)