

erfasst und geprüft durch: _____



Anmeldebogen

(bitte gut leserlich ausfüllen)

TIERHALTER

Name: _____ Vorname: _____

Straße, Nr.: _____ PLZ, Wohnort: _____

Telefon (privat): _____ (dienstlich): _____

Mobil: _____ eMail: _____

Beruf*: _____

PATIENT

Hund Katze Meerschw. Kaninchen anderes _____

Tiername: _____ Geb.-Datum: _____

Fellfarbe: _____ Chip-Nr./sonst.Kennz.: _____

Rasse: _____ Auslandsaufenthalt: ja, in _____

männlich weiblich kastriert (operativ) Kastrations-Chip

HAUSTIERARZT / ÜBERWEISENDER TIERARZT

Haustierarzt: _____ überwiesen? ja nein

(abweichender überweisender Tierarzt: _____)

keine Rücküberweisung an den Haustierarzt / überweisenden Tierarzt erwünscht!

ERKRANKUNGEN / MEDIKAMENTE / UNVERTRÄGLICHKEITEN

Bekannte Erkrankungen / Unverträglichkeiten / Allergien: _____

regelmäßige / aktuelle Medikamente: _____

VERSICHERUNG

Tierkrankenversicherung: nein ja, bei Gesellschaft: _____

Bitte beachten Sie, auch im Falle einer Tierkrankenversicherung erfolgt unsere Kostenabrechnung vorab mit Ihnen als Auftraggeber. Der Versicherungsausgleich erfolgt zwischen Ihnen und Ihrer Versicherung.

* freiwillige Angabe

Behandlungsvertrag

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und deshalb berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung erforderlicher Behandlungen und Operationen zu schließen, ich versichere ferner, dass ich willens und in der Lage bin, die dadurch entstehenden Kosten zu tragen. Ich erkläre in diesem Zusammenhang, dass ich mich zum Zeitpunkt dieser Erklärung in keinem gerichtlichen Schuldenverfahren befinde, und dass das Schuldnerverzeichnis des für mich zuständigen Amtsgerichts keine Eintragungen über meine Person aufweist.

Sofern ich nicht Halter des Tieres bin, versichere ich, im ausdrücklichen Auftrag des Tierhalters zu handeln. Fehlt es an einer Bevollmächtigung, oder stellt der Tierhalter eine Bevollmächtigung in Abrede, bestätige ich hiermit, dass ich für die entstehenden Kosten aus der Behandlung aufkommen werde.

Soweit es zur Diagnosefindung erforderlich ist, ermächtige ich den Inhaber und die Mitarbeiter der Praxis, Leistungen Dritter (Labors, Spezialuntersuchungsanstalten u.ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.

Ich zahle die entstehenden Kosten sofort in bar oder per EC-Karte. Mir ist bekannt, dass der Praxis ein Zurückbehaltungsrecht an dem behandelten Tier zusteht, wenn ich nicht bereit oder dazu in der Lage bin, die durch die Behandlung des Tieres entstandenen Kosten in bar oder per EC-Karte zu zahlen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Personalien und gebe den Auftrag zur Untersuchung / Behandlung meines Tieres. Ich nehme zur Kenntnis, dass im tierärztlichen Notdienst ein höherer Gebührensatz anfällt. Ich bin mir bewusst, dass ich vor Verlassen der Tierklinik die entstandene Rechnung begleiche. Eine Ausnahme besteht bei der stationären Aufnahme des Tieres. In diesem Fall wird die Rechnung bei Abholung bezahlt.

Ich zahle: bar per EC

Sottrum, den _____

Unterschrift Auftraggeber/gesetzlicher Vertreter _____

Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken

KLINIK FÜR KLEINTIERE SOTTRUM, Dr. Franziska Werhahn Beining

Alte Dorfstraße 83, 27367 Sottrum

Telefon: 04264 / 22 40, Telefax 04264 / 37 07 18, E-Mail: info@kleintierklinik-sottrum.de

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die tierärztliche KLINIK FÜR KLEINTIERE (verantwortlich: Frau Dr. Franziska Werhahn Beining) meine auf der Anmeldung angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhebt.

Für jede darüber hinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen, ebenso für eine Weiterleitung an Dritte, bedarf es regelmäßig Ihrer Einwilligung. Eine solche Einwilligung können Sie nachfolgend freiwillig erteilen.

Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken

(bitte ankreuzen)

Pflichtfelder für Behandlungsaufträge:

- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt werden dürfen
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen tierärztlicher Überweisungen an andere Tierarztpraxen, -kliniken übermittelt werden dürfen.
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen weiterführender Diagnostik an Untersuchungslabore und Institute übermittelt werden dürfen.
- Ich willige ein, dass mich die KLINIK FÜR KLEINTIERE SOTTRUM telefonisch über Labor-ergebnisse und Terminplanung informiert.

optional:

- Ich willige ein, dass mich die KLINIK FÜR KLEINTIERE SOTTRUM per Post informiert.
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch im Rahmen einer Weiterführung der Praxis durch einen Nachfolger weiter bestimmungsgemäß genutzt werden dürfen.
- Ich möchte regelmäßig Impf-Erinnerungskarten für mein Tier postalisch erhalten.

Sottrum, den _____

Unterschrift Auftraggeber/gesetzlicher Vertreter _____

Datenschutzhinweise:

Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns wichtig. Wir verarbeiten Ihre Daten ausschließlich im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen (EU-Datenschutz-Grundverordnung, Bundesdatenschutzgesetz). Nachfolgend informieren wir Sie über die wichtigsten Aspekte der Datenverarbeitung im Rahmen unserer Geschäftsbeziehung.

Erhebung und Verarbeitung von Daten

Wir verarbeiten jene Daten, die Sie uns als Kunde zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen und bei Abschluss des Vertrages zur Verfügung stellen.

Die Datenverarbeitung erfolgt zu folgenden Zwecken:

Im Rahmen unserer Geschäftsbeziehung werden zumindest mit Hilfe teilweiser bzw. überwiegender Automatisierung (z. B. E-Mailverkehr, Zeichenprogramme) und in Form von archivierten Textdokumenten (z. B. Korrespondenz, Verträge, Pläne, Bescheide, Handakte, personalisierte Rechnungen) die von Ihnen angegebenen Daten verarbeitet, um vorvertragliche Maßnahmen durchführen und den Vertrag erfüllen zu können.

Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung:

Die Datenverarbeitung erfolgt auf Basis des Art. 6 Abs. 1 lit. b der DSGVO (Vertragsanbahnung- und – erfüllung). Zum Abschluss und zur Durchführung eines Untersuchungs-/Behandlungsvertrages und um diesen zu Ihrer vollständigen Zufriedenheit abwickeln zu können, benötigen wir Ihre Daten (Name und Wohnanschrift). Außerdem erfolgt die Datenverarbeitung auf Basis des Art. 6 Abs. 1 lit. f der DSGVO (berechtigtes Interesse an Marketing und Werbung) bzw. des Art. 6 Abs. 1 lit. a (Einwilligung). Wir möchten Sie als InteressentInnen aktuell und gezielt über unsere Dienstleistungen, insbesondere in Form von Impferinnerungen und Projekte (insbesondere über die Veranstaltung eines „Tags der offenen Tür“) informieren.

Nutzung der Daten

Ihre Daten verwenden wir nur zur Abwicklung des Vertrages, zur Beantwortung Ihrer Anfragen, zu Buchhaltungs- und Verrechnungszwecken und für die technische Administration.

Die Löschung Ihrer Daten erfolgt, wenn Ihre Daten zur Erfüllung des mit der Speicherung verfolgten Zweckes nicht mehr erforderlich sind, oder wenn die Speicherung aus gesetzlichen Gründen unzulässig wird. Daten für Abrechnungszwecke und buchhalterische Zwecke werden von einem Lösungsverlangen nicht berührt.

Eine Löschung der Daten kann nicht erfolgen, wenn uns rechtliche Bestimmungen zur Aufbewahrung bzw. zur Speicherung verpflichten.

Ihre Rechte

Sie haben grundsätzlich das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragbarkeit, Widerruf und Widerspruch. Wenn Sie glauben, dass die Verarbeitung Ihrer Daten gegen das Datenschutzrecht verstößt oder Ihre datenschutzrechtlichen Ansprüche in einer anderen Weise verletzt worden sind, können Sie sich bei der Aufsichtsbehörde beschweren. Dies ist die Landesdatenschutzbehörde (Adresse: Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen, Prinzenstraße 5, 30159 Hannover). Ihr Recht auf Einschränkung der Verarbeitung beinhaltet die Befugnis, Ihre Einverständniserklärung zur Weiterleitung Ihrer Daten an Dritte zu widerrufen.

Unsere Kontaktdaten:

KLINIK FÜR KLEINTIERE, Dr. Franziska Werhahn Beining, Alte Dorfstraße 83, 27367 Sottrum
Telefon: 04264 / 22 40, Telefax 04264 / 37 07 18, E-Mail: info@kleintierklinik-sottrum.de

Unsere Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter der genannten Telefonnummer oder per E-Mail unter datenschutz@kleintierklinik-sottrum.de.