

Anmeldebogen und Behandlungsvertrag

(bitte gut leserlich ausfüllen)



I. Anmeldebogen

TIERHALTER UND AUFTRAGGEBER

Name: _____ Vorname: _____
Straße, Nr.: _____ PLZ, Wohnort: _____
Telefon (privat): _____ (dienstlich): _____
Mobil: _____ e-Mail: _____
Beruf: _____ (freiwillige Angabe) Geb.datum *): _____

Bevollmächtigte/r: _____ Telefon: _____

Geb.datum *): _____ PLZ, Wohnort: _____

Dem Bevollmächtigten wird eine Vollmacht für das nachfolgende Tier auf unbegrenzte Dauer bis zum schriftlichen Widerruf erteilt. Er ist befugt, alle im Zusammenhang mit einer Behandlung erforderlichen Handlungen vorzunehmen und Informationen zu erhalten.

PATIENT

Hund Katze Meersch. 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 Medikamente: _____

aktuelle Medikamente: _____

*) das Geburtsdatum ist nur bei Zahlung auf Rechnung erforderlich.

II. Behandlungsvertrag

Ich, der Auftraggeber, versichere, dass ich Halter des Tieres bzw. berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung erforderlicher Behandlungen und Operationen mit der Klinik für Kleintiere Sottrum - Dr. Franziska Werhahn Beining zu schließen. Hiermit bestätige ich, dass mein Tier nicht zur Lebensmittelgewinnung dient. Ich versichere ferner, dass ich willens und in der Lage bin, die dadurch entstehenden Kosten zu tragen.

Sofern ich nicht Halter des Tieres bin, versichere ich, berechtigt zu sein, Entscheidungen bezüglich des Tieres zu treffen. Fehlt es an einer Bevollmächtigung bzw. Beauftragung, 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.

Es wird nach der zurzeit gültigen Gebührenordnung für Tierärzte (GOT) abgerechnet. **Terminabsagen müssen spätestens 48 Stunden vor dem Termin telefonisch erfolgen.** Für nicht abgesagte Termine behält die Klinik sich vor, diese mit den zu erwartenden Leistungsposten der GOT in Rechnung zu stellen.

Zahlung bei Leistungserbringung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Personalien und erteile den Auftrag zur Untersuchung/Behandlung des o.g. Tieres. Ich nehme zur Kenntnis, dass im tierärztlichen Notdienst ein höherer Gebührensatz anfällt.

Bitte beachten Sie, dass die Zahlung der Behandlungskosten nach einer der nachfolgend aufgeführten Modalitäten erfolgt. Bei Rechnung/Ratenzahlung erfolgt im Vorfeld eine Bonitätsabfrage über die BFS health finance GmbH, Hülshof 24, 44369 Dortmund. Hierfür benötigen wir Ihren Personalausweis zur Vorlage für den Datenabgleich (Adresse und Geburtsdatum). Bei einer negativ ausfallenden Bonität ist nur Sofortzahlung möglich. Information zur Kostenschätzung, sowie Details zur Rechnung besprechen Sie bitte mit dem/der behandelnden Tierarzt/-ärztin.

Zahlungsoptionen

sofort bar/EC/Kreditkarte

Rechnung/Ratenzahlung BFS health finance GmbH

AGILA - Wir rechnen direkt ab. Bitte legen Sie Ihre Police und Ihren Personalausweis vor.

Uelzener - Wir rechnen direkt ab. Bitte legen Sie Ihre Police und Ihren Personalausweis vor.

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, wird dadurch die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. Die Parteien verpflichten sich, anstelle der unwirksamen Bestimmungen eine dieser Bestimmungen möglichst nahekommende Regelung zu treffen.

Sottrum, den _____

Unterschrift Auftraggeber/gesetzlicher Vertreter

Unterschrift in DRUCKBUCHSTABEN: _____

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 SOTTRUM (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 hinaus gehende 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)

- ☐ Bonitätsprüfung durch die BFS health finance GmbH (Rechtsgrundlage Art.6 (1) lit.f DSGVO berechtigtes Interesse zur Prüfung der Bonität zur Minimierung der Forderungsausfallrisiken, da die Tierklinik in Vorleistung tritt). Die Informationen zur Datenverarbeitung und zur Bonitätsprüfung erhalten Sie bei uns an der Rezeption.
- ☐ 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 und -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 Laborergebnisse und Terminplanung informiert.
- ☐ Ich willige ein, dass mich die KLINIK FÜR KLEINTIERE SOTTRUM per Post informiert *).
- ☐ Ich willige ein, dass ich ggf. Terminerinnerungen und Impferinnerungen per SMS oder E-Mail von der KLINIK FÜR KLEINTIERE SOTTRUM erhalte *).

Sottrum, den _____

Unterschrift Auftraggeber/gesetzlicher Vertreter

**) Diese Einwilligung kann jederzeit von mir widerrufen werden.*

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 Daten-verarbeitung 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-/Behandlungs-Vertrages 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 Projekten (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 Löschungsverlangen 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 datenschutz- rechtlichen 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 SOTTRUM, Dr. Franziska Werhahn Beining, Alte Dorfstraße 83, 27367 Sottrum.
Tel. 04264-22 40, Fax 04264-37 07 18, E-Mail: info@kleintierklinik-sottrum.de.

Unseren Datenschutzbeauftragten Herrn Joachim Löwe erreichen Sie unter der Telefonnummer 05231-580715 oder per E-Mail unter datenschutz@vetqm.com.