



Anmeldebogen

Um auch in Zukunft alle Informationen über Ihr Tier sofort zur Hand zu haben, legen wir von jedem Patienten eine Kartei an. Dafür benötigen wir einige Angaben über Sie und Ihr Tier. Diese Angaben werden von uns selbstverständlich streng vertraulich behandelt und fallen unter die ärztliche Schweigepflicht.

Besitzer / Begleitperson

Name: Vorname:
 Straße:
 PLZ: Ort:
 Telefon (privat):..... Telefon (dienstlich):.....
 Mobiltelefon:..... Telefax:
 E-Mail: Geburtstag:

Patient

Rufname: Geschlecht: männlich weiblich
 Tierart / Rasse: Kastriert: ja nein
 Farbe / Gewicht: Freigänger (Katze) ja nein
 Geburtstag/-jahr:
 Tätowierung o. Chip Nr.: Heimtierausweis-Nr.:

Chronische Erkrankungen :
 Bisherige Medikation:

Dient das Tier zur Lebensmittelgewinnung oder gehört es zu einem wirtschaftlich genutzten Bestand?
 ja nein

Verfügen Sie über eine Tierkrankenversicherung? Wenn ja, bitte geben Sie an:

Versicherungsgesellschaft:.....
 Versicherungsschein-Nr.:.....

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass alle tierärztlichen Behandlungen und Medikamentenabgaben grundsätzlich nicht auf Rechnung erfolgen können.

Bevorzugte Zahlungsmethode: Barzahlung EC-Cash (mit Geheimzahl)

Krefeld, den..... Unterschrift:
 Name in Druckbuchstaben:

Sprechstunden: Mo, Di, Do, Fr 09.00 bis 12.00 Uhr und 14.30 bis 18.00 Uhr
 Mi 08.00 bis 12.00 Uhr | Sa 09.00 bis 11.00 Uhr



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 Absprache mit mir, 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.

Krefeld, den..... Unterschrift:

Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken

Tierärztliche Praxis für Kleintiere Dr. Domurath (verantwortlich: Dr. Tanja A. Domurath, Datenschutzbeauftragte: Susanne Wolters) Friedrich-Ebert-Straße 94 | 47800 Krefeld | Telefon 0 21 51 - 59 22 61 | www.kleintierpraxis-krefeld.de | info@kleintierpraxis-krefeld.de
Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass die **Tierärztliche Praxis für Kleintiere Dr. Domurath** 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 einer Einwilligung. Eine solche Einwilligung kann nachfolgend freiwillig erteilt werden (bitte ankreuzen).

- 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 meine genannten personenbezogenen Daten sowie Daten der erbrachten tierärztlichen Leistungen an eine Verrechnungsstelle übermittelt werden dürfen, falls dies zu Abrechnungszwecken erforderlich sein sollte.
- Ich willige ein, dass mich die **Tierärztliche Praxis für Kleintiere Dr. Domurath** telefonisch über Laborergebnisse und Terminplanung informiert.
- Ich willige ein, dass mich die **Tierärztliche Praxis für Kleintiere Dr. Domurath** per Post/Mail (Newsletter) informieren darf (z.B. Impferinnerungen).
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch im Rahmen einer Weiterführung der Praxis durch einen Nachfolger weiter bestimmungsgemäß genutzt werden dürfen.
- Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten, die Daten des angegebenen Tieres und die Chipnummer des Transponders an die Registerstellen TASSO e.V., Otto-Volger-Str. 15, 65843 Sulzbach und Findifix, In der Raste 10, 53129 Bonn, übermittelt und dort gespeichert werden.
- Ich willige ein, dass meine Daten sowie Behandlungen/Rechnungen im Falle einer Tierkrankenversicherung an diese übermittelt werden dürfen.
- Ich habe die unten aufgeführten Datenschutzhinweise gelesen, verstanden und stimme der Vorgehensweise zu.

Krefeld, den..... Unterschrift:

Name in Druckbuchstaben:

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. 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.

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.

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. 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: Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit NRW, Postfach 200444 (oder: Kavalleriestraße 2-4) | 40102 Düsseldorf | Telefon: 02 11/384 24-0. Telefax: 02 11/384 24-10. E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de
Ihr Recht auf Einschränkung der Verarbeitung beinhaltet die Befugnis, Ihre Einverständniserklärung zur Weiterleitung Ihrer Daten an Dritte zu widerrufen.