

Patientenaufnahmeschein

*Tierarztpraxis Dr. Gundula Gloßner
Tätigkeitsschwerpunkt ganzheitliche Tiermedizin und Chiropraktik
Breiten Dyk 99a, 47803 Krefeld
Tel: 0174/8863738
kontakt@sanftetiermedizin.de*

Für unsere Krankendatei erbitten wir folgende Angaben:

Besitzer

Vor- und Nachname des Auftraggebers: _____

Straße/Hausnr.: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____ / _____ Mobil: _____ / _____

e-mail Adresse: _____

Tier

Rufname des Tieres: _____ Geburtsdatum Tier: _____

Tierart: _____ Rasse: _____

Fellfarbe: _____ Gewicht: _____

Geschlecht: weiblich _____ männlich _____

kastriert: Ja _____ Nein _____

Haustierarzt _____

Ort/Datum _____ Unterschrift _____

Behandlungsvertrag

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und deshalb berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung erforderlicher Behandlungen 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.

Sollte ich zu einem anderen Zeitpunkt weitere Tiere vorstellen, gelten die o.g. Ausführungen auch für dieses Tier. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden gemäß der Gebührenordnung für Tierärzte (GOT) mit einer Zeitgebühr von 28€ je 15 min berechnet.

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.

Ort/Datum _____ Unterschrift _____

Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken

Tierarztpraxis Dr. Gundula Gloßner
Tätigkeitsschwerpunkt ganzheitliche Tiermedizin und Chiropraktik
Breiten Dyk 99a, 47803 Krefeld
Tel: 0174/8863738
kontakt@sanftetiermedizin.de

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass Dr. Gundula Gloßner, praktische Tierärztin, 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 (im Sinne gem. Art. 6 Abs. 1a DSGVO)

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 mich Tierarztpraxis Dr. Gundula Gloßner per WhatsApp kontaktiert und die hierüber übermittelten Daten gespeichert, genutzt und weiterverarbeitet werden dürfen.
- Ich willige ein, dass mich Tierarztpraxis Dr. Gundula Gloßner per SMS und iMessage kontaktiert und die hierüber übermittelten Daten gespeichert, genutzt und weiterverarbeitet werden dürfen.
- Ich willige ein, dass mich Tierarztpraxis Dr. Gundula Gloßner telefonisch z.B. über Laborergebnisse und Tierarztpraxis Dr. Gundula Gloßner per Post und e-mail informiert.
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch im Rahmen einer Weiterführung der Praxis durch einen Nachfolger weiter bestimmungsgemäß genutzt werden dürfen.

Ort/Datum _____ Unterschrift _____

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 NRW, Kavalleriestrasse 2-4, 40213 Düsseldorf. Ihr Recht auf Einschränkung der Verarbeitung beinhaltet die Befugnis, Ihre Einverständniserklärung zur Weiterleitung Ihrer Daten an Dritte zu widerrufen.

Unsere Kontaktdaten:

Tierarztpraxis Dr. Gundula Gloßner – Tätigkeitsschwerpunkt ganzheitliche Tiermedizin und Chiropraktik, Breiten Dyk 99a, 47803 Krefeld.

Ort/Datum _____ Unterschrift _____