

Für unsere Kartei erbitten wir folgende Angaben (Bitte in Druckschrift ausfüllen):

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

Besitzer / Begleitperson / Auftraggeber:

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Hausnummer: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel: Privat: _____ Mobil: _____ geschäftl.: _____

Fax: _____ email: _____

Wurden Sie zu uns überwiesen? Nein ja, durch: _____

Patient:

Rufname: _____ Zuchname: _____

Tierart: Hund Katze Sonstiges: _____

Rasse: _____ Geburtsdatum: _____

Geschlecht: männlich weiblich kastriert Farbe: _____

gekennzeichnet mit: Chip _____ Tätowierung _____

keine Kennzeichnung Heimtierausweis-Nr.: _____

Freigänger (Katze): ja nein

bereits bekannte Vorerkrankungen / Dauermedikation / Unverträglichkeiten:

Für Kaninchenbesitzer:

Hiermit bestätige ich, dass mein/e Kaninchen nicht der Lebensmittelgewinnung dient/dienen und meinerseits auch nicht der Lebensmittelgewinnung zugeführt wird/werden.

Unterschrift _____

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

Versicherungsgesellschaft: _____

Versicherungsschein-Nr.: _____

Mir ist bekannt, dass im Falle einer notwendigen Narkose/Sedierung ein Restrisiko trotz aller Vorsichtsmaßnahmen nicht auszuschließen ist.

Eine Blutuntersuchung sowie ein Thorax-Röntgen als Vorbereitung auf eine Operation sind angeraten, insbesondere bei älteren Tieren. Eine eingehende Beratung dazu erfolgt, wenn eine Operation notwendig wird.

Die Aufklärung über das Behandlungsprozedere, insbesondere im Falle notwendiger Operationen, (Diagnostik, Röntgendiagnostik und voraussichtlicher Behandlungsverlauf) und die damit voraussichtlich entstehenden Kosten erfolgt nach eingehender Untersuchung und wird Ihnen dann zusätzlich noch einmal schriftlich als Kostenangabe (Kostenvoranschlag) vorgelegt. Über mögliche Komplikationen der Behandlung wurde ebenfalls ausführlich und eingehend aufgeklärt.

Unsere Leistungen werden nach der Gebührenordnung für Tierärzte (GOT) berechnet. Diese ist auf Wunsch für Sie in der Praxis einsehbar.

Es wird Ihnen eine ausführliche Rechnung mit GOT-Spezifizierungsziffern (Gebührenordnung für Tierärzte) ausgehändigt.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass die Bezahlung nach durchgeführter Therapie direkt in bar oder mit EC-Kartenzahlung mit PIN-Nummer am Behandlungstag erfolgen muss. Behandlungen auf Rechnung werden nicht durchgeführt.

Wie möchten Sie bezahlen?

Bar

EC-Cash mit PIN-Nummer

Overath, den _____

Unterschrift _____

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.

Der Behandlungsvertrag ist unbefristet und gilt auch für zukünftige Behandlungen des vorgestellten Tieres/Patienten und andere Tiere/Patienten, die uns zur Behandlung von Ihnen übergeben werden und deren Folgebehandlungen.

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.

Datum _____

Unterschrift _____



Tiergesundheitszentrum
Overath

Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken

Tierärztliche Praxis/Klinik
Straße
PLZ/Ort
Telefon/Telefax
E-Mail

Tiergesundheitszentrum Overath
An den Gärten 11
51491 Overath
02206-81814 **Fax 02206-911066**
info@tiergesundheitszentrum-overath.de

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die tierärztliche Praxis/Klinik **Tiergesundheitszentrum Overath** (**verantwortlich: Dr. Dietmar Bücheler**) 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)

- 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. Dies gilt ebenso für Rücküberweisungen/Befundberichte an den Haustierarzt resp. überweisenden Tierarzt.
- 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 tierärztliche Praxis/Klinik **Tiergesundheitszentrum Overath** telefonisch über Laborergebnisse und Terminplanung informiert.
- Ich willige ein, dass mich die tierärztliche Praxis/Klinik **Tiergesundheitszentrum Overath** per Post/Mail 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 das TASSO-Haustierzentralregister für die Bundesrepublik Deutschland e.V., Otto-Volger-Str. 15, 65843 Sulzbach 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.

Ort/Datum _____

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.

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 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 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: 0211-384240, Telefax: 0211-3842410, 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.

Unsere Kontaktdaten:

Tiergesundheitszentrum Overath, An den Gärten 11, 51491 Overath, Tel.: 02206-81814, Fax 02206-911066, E-Mail: info@tiergesundheitszentrum-overath.de