



KLEINTIERPRAXIS

Dr. med. vet. Ariane Volpert, Hasselstr. 53, 65812 Bad Soden

Patientenaufnahmeschein / Aufnahmeformular

(Stand: April 2018)

Für unsere Patientenkartei erbitten wir folgende Angaben:

(bitte in Druckschrift ausfüllen!)

Name des Auftraggebers: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon privat: _____ **mobil:** _____

E-Mail: _____

Beruf: _____ **Geb.Datum:** _____

Patient:

Rufname des Tieres: _____

Geb.Datum: _____

Rasse: _____ **Chip-Nr.:** _____

Geschlecht: () m () w () kastr.() chemisch kastriert

Farbe/Besonderheiten: _____

Letzte Entwurmung am: _____ **Zecken-/ Flohprophylaxe:** __ ja __ nein __

Unverträglichkeiten (soweit bekannt): _____

Bekannte Erkrankungen/Diagnosen: _____

Dauermedikation: _____

Verhalten des Tieres in der Tierarztpraxis: __ ängstlich __ bissig/ aggressiv __ freundlich

Überwiesen von: _____

Tierkrankenversicherung: ☐ nein ☐ ja, bei Gesellschaft: _____

Ich habe Interesse an Seminaren (bezogen auf meine Tierart): __ ja __ nein

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.

Datum / Unterschrift

Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken

Tierärztliche Praxis Dr. Ariane Volpert

Straße: Hasselstr. 53

PLZ/Ort: 65812 Bad Soden

Telefon: 06196 25293

Telefax: 06196 641082

E-Mail: info@tierarztpraxis-volpert.de oder Ariane.Volpert@vita-assistenzhunde.de

Mit meiner Unterschrift willige ich freiwillig darin ein, dass die tierärztliche Praxis Dr. Ariane Volpert (verantwortlich: Dr. Ariane Volpert) meine auf der Anmeldung angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhebt.

Für jede darüberhinausgehende 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.

Diese Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen oder abgeändert werden. Der Widerruf ist postalisch oder per E-Mail an uns zu senden. Eine Folge des Widerrufs kann es dann jedoch sein, dass wir das Behandlungsverhältnis nicht mehr oder nicht mehr im bisherigen Umfang fortführen können.

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.
- ☐ 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 Dr. Ariane Volpert telefonisch über Laborergebnisse und Terminplanung informiert.
- ☐ Ich willige ein, dass ich unter der angegebenen Handynummer via Threema auch zum Zwecke der Bildübertragung kontaktiert werde.
- ☐ Ich willige ein, dass mich die tierärztliche Praxis Dr. Ariane Volpert per Post (z.B. über anstehende Impfungen, Aktionen der Tierarztpraxis oder meinen Rechnungsstatus sowie sonstige Praxisinfos) informiert.

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 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.

Dies ist die Landesdatenschutzbehörde (Adresse: Der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit, Postfach Tel: 0611-1408-0, Fax: 0611-1408-611).

Ihr Recht auf Einschränkung der Verarbeitung beinhaltet die Befugnis, Ihre Einverständniserklärung zur Weiterleitung Ihrer Daten an Dritte zu widerrufen.

Unsere Kontaktdaten:

Tierärztliche Praxis Dr. Ariane Volpert, Hasselstr. 53, 65812 Bad Soden

Tel: 06196-25293

E-Mail: info@tierarztpraxis-volpert.de