

AUFNAHMEFORMULAR



AUFTRAGGEBER:IN

Vor-/Nachname: _____

Straße/Haus-Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Handynummer: _____ weitere Tel.-Nr.: _____

E-Mail: _____ Geburtsdatum: _____

Auftraggeber:in ist Besitzer:in: ja nein Besitzernamen: _____

PATIENT

Name lt. Equidenpass: _____ Rufname: _____

Rasse: _____ Geburtsdatum: _____ Gewicht: _____

Geschlecht: Stute Wallach Hengst Farbe: _____

Lebens-Nr.: _____

Chip-Nr.: _____

das Pferd ist laut Equidenpass: Schlachtpferd Nicht-Schlachtpferd

Haftpflichtversicherung vorhanden: ja

Krankenversicherung vorhanden: ja nein

OP-Versicherung vorhanden: ja nein

Medikamentenunverträglichkeiten: _____ keine

Ort der Pferdehaltung/Pensionsstall: _____

ZAHLUNGSMÖGLICHKEITEN

Die Zahlung erfolgt direkt im Anschluss an die Behandlung. Sie können unter folgenden

Zahlungsmöglichkeiten wählen: Barzahlung Karte

Ich versichere, dass ich Halter:in des Tieres und deshalb berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung erforderlicher Untersuchungen, 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:in des Tieres bin, versichere ich, im ausdrücklichen Auftrag des/der Tierhalters/in zu handeln. Fehlt es an einer Bevollmächtigung, oder stellt der/die Tierhalter:in 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 die Inhaberin und die Mitarbeiter:innen der Praxis, Leistungen Dritter (Labors, Spezialuntersuchungsanstalten u.ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.

Bitte halten Sie zum Behandlungstermin den Equidenpass bereit.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR DATENNUTZUNG ZU WEITEREN ZWECKEN

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die tierärztliche Praxis für Pferde Lisa Diedrich 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. (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 für Pferde Lisa Diedrich per Post über Untersuchungsergebnisse und Terminplanung informiert.
- Ich willige ein, dass mich die tierärztliche Praxis für Pferde Lisa Diedrich telefonisch über Untersuchungsergebnisse und Terminplanung informiert.
- Ich willige ein, dass mich die tierärztliche Praxis für Pferde Lisa Diedrich per Email über Untersuchungsergebnisse und Terminplanung informiert.
- Ich willige ein, dass mich die tierärztliche Praxis für Pferde Lisa Diedrich per WhatsApp über Untersuchungsergebnisse und Terminplanung 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 gemäß DSGVO: 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 gestellt haben. **Die Datenverarbeitung erfolgt zu folgenden Zwecken:** Im Rahmen unserer Geschäftsbeziehung werden zumindest mit Hilfe teilweiser bzw. überwiegender Automatisierung (z.B. E-Mail-Verkehr, 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 Lösungsverlagern nicht berührt. Eine Löschung der Daten kann nicht erfolgen, wenn uns rechtliche Bestimmungen zur Aufbewahrung bzw. 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. Ihr Recht auf Einschränkung beinhaltet die Befugnis, Ihre Einverständniserklärung zur Weiterleitung Ihrer Daten an Dritte zu widerrufen.

Unsere Kontaktdaten: Tierärztliche Praxis für Pferde Lisa Diedrich, Am Dorfteich 7, 18209 Steffenshagen, Tel: 0160/5079782, E-Mail: info@pferdepraxis-diedrich.de

