

## Patientenaufnahmeschein / Aufnahmeformular

Für unsere Patientenkartei erbitten wir folgende Angaben (bitte in Druckschrift ausfüllen) :

Tierärztliche Praxis: Dr. Ines Fennewald  
Adresse: Buchenstr. 9, 84109 Wörth an der Isar  
Telefon: 08702/948500

Name des Auftraggebers: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: privat: \_\_\_\_\_ dienstl. \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

### Patient:

Rufname des Tieres: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Tierart:  Hund  Katze  Sonstiges Rasse: \_\_\_\_\_ Farbe: \_\_\_\_\_

Besonderheiten: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  weiblich  männlich  kastriert

bei Katzen: Freiläufer  Ja  Nein

Tätowier-Nr.: \_\_\_\_\_ Chip-Nr.: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Heimtierpass-Nummer: \_\_\_\_\_

Unverträglichkeiten (soweit bekannt): \_\_\_\_\_

bei Kaninchen: gehört Ihr Tier zur Gruppe lebensmittelliefernder Tiere:  Ja  Nein

Wurden Sie überwiesen:  Ja  Nein

Haustierarzt: \_\_\_\_\_

### Behandlungsvertrag

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

Die Datenschutzhinweise wurden mir erklärt und auf Wunsch ausgehändigt.

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_

Tierärztliche Praxis: Dr. Ines Fennewald  
Straße: Buchenstr. 9  
PLZ/Ort: 84109 Wörth an der Isar  
Telefon: 08702/948500

## **Einwilligungserklärung zu Datennutzung zu weiteren Zwecken**

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die tierärztliche Praxis Dr. Fennewald meine auf der Anmeldung angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrags auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigung 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 Überweisung 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. Fennewald telefonisch über Laborergebnisse und Terminplanung informiert.
- Ich willige ein, dass mich die tierärztliche Praxis Dr. Fennewald per Post informiert.

Die beiliegenden Datenschutzhinweise habe ich gelesen.

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 Datenerhebung**

Wir verarbeiten jene Daten, die Sie uns als Kunde zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen und bei Abschluss des Vertrages zu Verfügung stellen.

Die Datenverarbeitung erfolgt zu folgenden Zwecken:

Im Rahmen unserer Geschäftsbeziehung werden zumindest mit Hilfe teilweiser bzw. überwiegender Automatisierung (z. B. E-Mailverkehr) und in Form von archivierten Dokumenten (z. B. Korrespondenz, Verträge, Befunde, personalisierte Rechnungen, Röntgenaufnahmen) die von Ihnen angegebenen Daten verarbeitet, um vorvertragliche Maßnahmen durchführen und der 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 (Namen 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).

### **Nutzung der Datenerhebung**

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 das Bayer. **Landesamt f. Datenschutzaufsicht; Promenade 27, 91522 Ansbach**

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

Meine Kontaktdaten:

Tierärztliche Praxis: Dr. Ines Fennewald

Straße: Buchenstr. 9

PLZ/Ort: 84109 Wörth an der Isar

Telefon: 08702/948500