

## Anmeldebogen

Wir freuen uns, Sie in unserer Tierarztpraxis begrüßen zu dürfen.

Um auch in Zukunft alle Informationen über Ihr Tier zur Hand zu haben, legen wir für jeden Patienten eine Kartei an. Dafür benötigen wir einige Angaben über Sie und Ihr Tier. Diese Angaben werden von uns selbstverständlich streng vertraulich behandelt und fallen unter die ärztliche Schweigepflicht.

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

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

Straße: \_\_\_\_\_

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

*fakultativ:*

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

### Patient:

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

Tierart:  Hund  Katze  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Rasse: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  m  w  kastr.

Farbe/Besonderheiten: \_\_\_\_\_

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

Überwiesen von: \_\_\_\_\_

Tierkrankenversicherung:  nein  ja, bei Gesellschaft: \_\_\_\_\_

Tier-OP-Versicherung:  nein  ja, bei Gesellschaft: \_\_\_\_\_

## 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.

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.

**Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass alle tierärztlichen Behandlungen und Medikamentenabgaben grundsätzlich nicht auf offene Rechnung erfolgen können. Operationen müssen bei Abholung des Patienten bezahlt werden. Die Leistungen werden nach der Gebührenordnung für Tierärzte (GOT) berechnet.**

Die GOT ist in der Praxis und im Internet einsehbar.

Sie können während der Untersuchung und Behandlung jederzeit eine Kostenschätzung von der Tierärztin erfragen und erhalten.

**Ich zahle die entstehenden Kosten sofort in bar oder per EC-Karte.**

**Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und akzeptiere die Zahlungsbedingungen.**

---

Datum / Unterschrift

## Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken

Tierarztpraxis Quelle, Carl-Severing-Str. 163, 33649 Bielefeld  
Telefon: 0521 – 55730725 Telefax : 0521 - 55730726  
E-Mail: info@tierarztpraxis-quelle.de

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die Tierarztpraxis Quelle (verantwortlich: Kristina Müller) 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.
- 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 Tierarztpraxis Quelle telefonisch oder per E-Mail über Laborergebnisse und Terminplanung informiert.

Ich willige ein, dass mich die Tierarztpraxis Quelle an Impftermine erinnert.

per mail                      **oder**                       telefonisch

- 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 (Adresse: Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf).

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

## **Unsere Kontaktdaten:**

Tierarztpraxis Quelle, Carl-Severing-Str. 163, 33649 Bielefeld, Fon: 0521-55730725, Fax: 0521-55730726, Mail: [info@tierarztpraxis-quelle.de](mailto:info@tierarztpraxis-quelle.de)