



Einverständniserklärung zur Kontaktaufnahme

Ihre folgenden Angaben werden von uns selbstverständlich streng vertraulich behandelt und fallen unter die ärztliche Schweigepflicht.

Tierhalter

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ Hausnr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Land: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Unterlagen und Impferinnerungen möchte ich Per Post Per E-Mail bekommen.

E-Mail-Adresse: _____

Ich möchte an Impfungen und/ oder Folgebehandlungen erinnert werden: Ja Nein

Tier/Patient

Name: _____ Tierart: _____ Rasse: _____

Farbe _____ Geschlecht: Männlich Weiblich kastriert unkastriert

Geburtsdatum: _____ Chip-Nr./ UELN / Ausweisnr.: _____

Leidet Ihr Tier an einer chronischen Krankheit / Unverträglichkeit / Allergie? Ja Nein

Wenn ja, woran? _____

Bekommt Ihr Tier momentan vorübergehend oder dauerhaft Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche? Wie häufig? In welcher Dosierung? Seit wann? _____

Wurde Ihr Tier schon einmal operiert? Ja Nein

Wenn ja, wann und weshalb? _____

Wenn ja, gab es Ihnen bekannte Komplikationen (auch im Anschluss an die Narkose)? Ja Nein

Wenn ja, welche waren das? _____

Liegt für ihr Tier eine Kranken- bzw. OP-Versicherung vor? Nein OP-Vers. Kranken-Vers.

Wenn ja, wie wird laut Vertrag abgerechnet? Direktabrechnung mit der Vers. Vorkasse

Wenn ja, welche Daten braucht Ihre Versicherung auf der Rechnung? _____

Sollten Sie eine Versicherung für ihr Tier abgeschlossen haben, bitten wir Sie um Verständnis, dass wir, keinen Einblick in ihren Einzelvertrag habend, pauschal mit ihnen als Tierhalter abrechnen, und Sie sich das Geld entsprechend ihren individuellen Vertragsbedingungen von der Versicherung auszahlen lassen können. Bei Fragen wenden Sie sich gerne an den Empfang.

Nur für Pferdebesitzer: Besuchsadresse/Stalladresse:

ggf. Ansprechpartner _____ Telefon: _____/_____

Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____/_____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der angegebenen Daten und stimme zu, dass mich die *Pferde- und Kleintierpraxis Popa* im Zusammenhang mit der Betreuung und Behandlung meines Tieres unter den o.g. Daten kontaktiert.

Die Einverständniserklärung ist uns von gesetzlicher Seite auferlegt abzufragen.

Ort, Datum

Unterschrift Tierbesitzer

DSGVO Einverständniserklärung

Sie werden gebeten durch Ihre Unterschrift zu bestätigen diese Information zur Kenntnis genommen zu haben.

Auch nach dem Inkrafttreten der DSGVO bedarf es weiterhin keiner ausdrücklichen Einwilligung der Tierhalter in die Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten, sofern die Erhebung zur Erfüllung des Tierarztbehandlungsvertrages erforderlich ist (Art. 6 Abs. 1 Buchstabe a) DSGVO).

Folgende Daten sind hiervon erfasst: Name des Tierhalters, Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Behandlungstage, erbrachte Leistungen gemäß GOT, Arzneimittel und Diagnosen.

Das Inkrafttreten der DSGVO ändert nichts an den geltenden gesetzlichen Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten, denn gemäß Art. 17 Abs. 3 Buchstabe b) DSGVO gelten die Löschungspflichten nicht, soweit die Verarbeitung zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung erforderlich ist.

Somit gelten z.B. für die Aufbewahrung steuerlich relevanter tiermedizinischer Dokumentationen weiterhin die Ordnungsvorschriften für die Aufbewahrung von Unterlagen des § 147 Abgabenordnung (AO). Nach § 147 Abs. 3 AO sind die in Abs. 1 genannten Unterlagen, je nach Art, 6 oder 10 Jahre lang aufzubewahren.

Auch berufsständische Regelungen über Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten, in Bayern insbesondere § 16 Abs. 1 BOT, sind eine geeignete Rechtsgrundlage im Sinne der DSGVO.

Einem Löschverlangen des Tierhalters kann demgemäß in Hinblick auf die bestehenden Rechtsnormen zur Aufbewahrung widersprochen werden. Nach Ablauf der Aufbewahrungsfristen werden die o.a. Daten gelöscht. Insoweit hat der Tierhalter einen Rechtsanspruch auf Löschung seiner Daten.

Ferner hat der Patientenbesitzer insoweit ein Auskunftsrecht, als er jederzeit vom Tierarzt Auskunft über die zu seiner Person gespeicherten Daten verlangen kann.

Weiterführende Informationen zum Datenschutz finden Sie unter:

<https://www.pferdepraxispopa.de/allgemeines/download/>

Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie Ihr Einverständnis, dass Ihre personenbezogenen Daten weitergegeben / verwendet werden können, unter anderem

- an Tierärztliche Verrechnungsstellen
- an andere Tierärzte oder Kliniken zur Weiterbehandlung oder Konsultation
- an Labore und Institute zum Zweck der Diagnostik
- für den Bezug von Impferinnerungskarten.

Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Ihr insoweit erklärtes Einverständnis können Sie jederzeit schriftlich widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift Tierbesitzer



Weitere Tiere

Tierhalter

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Tier/Patient

Name: _____ Tierart: _____ Rasse: _____

Farbe _____ Geschlecht: Männlich Weiblich kastriert unkastriert

Geburtsdatum: _____ Chip-Nr./ UELN / Ausweisnr.: _____

Leidet Ihr Tier an einer chronischen Krankheit / Unverträglichkeit / Allergie? Ja Nein

Wenn ja, woran? _____

Bekommt Ihr Tier momentan vorübergehend oder dauerhaft Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche? Wie häufig? In welcher Dosierung? Seit wann? _____

Wurde Ihr Tier schon einmal operiert? Ja Nein

Wenn ja, wann und weshalb? _____

Wenn ja, gab es Ihnen bekannte Komplikationen (auch im Anschluss an die Narkose)? Ja Nein

Wenn ja, welche waren das? _____

Liegt für ihr Tier eine Kranken- bzw. OP-Versicherung vor? Nein OP-Vers. Kranken-Vers.

Wenn ja, wie wird laut Vertrag abgerechnet? Direktabrechnung mit der Vers. Vorkasse

Wenn ja, welche Daten braucht Ihre Versicherung auf der Rechnung? _____

Nur für Pferdebesitzer: Besuchsadresse/Stalladresse:

ggf. Ansprechpartner _____ Telefon: _____ / _____

Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____ / _____

Tier/Patient

Name: _____ Tierart: _____ Rasse: _____

Farbe _____ Geschlecht: Männlich Weiblich kastriert unkastriert

Geburtsdatum: _____ Chip-Nr./ UELN / Ausweisnr.: _____

Leidet Ihr Tier an einer chronischen Krankheit / Unverträglichkeit / Allergie? Ja Nein

Wenn ja, woran? _____

Bekommt Ihr Tier momentan vorübergehend oder dauerhaft Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche? Wie häufig? In welcher Dosierung? Seit wann? _____

Wurde Ihr Tier schon einmal operiert? Ja Nein

Wenn ja, wann und weshalb? _____

Wenn ja, gab es Ihnen bekannte Komplikationen (auch im Anschluss an die Narkose)? Ja Nein

Wenn ja, welche waren das? _____

Liegt für ihr Tier eine Kranken- bzw. OP-Versicherung vor? Nein OP-Vers. Kranken-Vers.

Wenn ja, wie wird laut Vertrag abgerechnet? Direktabrechnung mit der Vers. Vorkasse

Wenn ja, welche Daten braucht Ihre Versicherung auf der Rechnung? _____

Nur für Pferdebesitzer: Besuchsadresse/Stalladresse:

ggf. Ansprechpartner _____ Telefon: _____ / _____

Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____ / _____

Ort, Datum

Unterschrift Tierbesitzer