



Anmeldung/Behandlungsvertrag

bitte in Druckschrift ausfüllen!

Tierhalter (Rechnungsempfänger)

Name/Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Straße/Hausnr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon priv.: _____

Mobil/dienstl.: _____

Fax: _____

Email: _____

Pferd

Name (Rufname): _____

Geb.-Datum/Jahr: _____

Rasse: _____

Geschlecht: Stute ☐ Wallach ☐ Hengst ☐

Farbe: _____

Chip: _____

Lebens- bzw. Passnummer: _____

Das aufgeführte Pferd ist laut Pferdepass zur Schlachtung bestimmt: ☐ Ja ☐ Nein

Eigentümer? (Nur ausfüllen, wenn Eigentümer und Tierhalter (Auftraggeber) nicht identisch)

Name/Anschrift/Telefon: _____

Reitstall/Stallanlage in dem Ihr Pferd untergebracht ist: _____

Weitere Angaben zum Pferd:

- Medikation in den letzten 6 Wochen? ☐ Nein ☐ Ja _____
- bekannte Medikamentenunverträglichkeiten/Allergien _____
- Impfstatus: ☐ Tetanus Datum __/__/__ ☐ Influenza Datum __/__/__ ☐ Herpes Datum __/__/__
- Ist Ihr Tier krankenversichert? ☐ Nein ☐ Ja Gesellschaft: _____
- Tierhalterhaftpflicht? ☐ Nein ☐ Ja

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- ☐ Empfehlung ☐ Telefonbuch/Gelbe Seiten ☐ Überweisung von _____
- ☐ Internet ☐ Sonstiges _____ in _____

Die entstehenden Kosten begleiche ich nach jeder Konsultation

☐ Bar (nur in der Praxis möglich) ☐ EC-Cash (nur in der Praxis möglich) ☐ Rechnung

Bitte beachten Sie, dass wir nach den offiziellen Öffnungszeiten eine Notdienstgebühr von 50,00 Euro + MwSt. und den 2 fachen Satz der GOT in der Zeit von Samstag 13.00 bis Montag 8.00 Uhr, Feiertags; Wochentags 19.00 bis 8.00 Uhr abrechnen müssen.

Mit meiner Unterschrift erteile ich den Auftrag zur Untersuchung, Beratung und Behandlung bis auf Weiteres und bestätige die Richtigkeit der Angaben zu meiner Person. Falls ich nicht Eigentümer des Tieres bin, versichere ich, im ausdrücklichen Auftrag des Eigentümers zu handeln. Fehlt es an einer Bevollmächtigung oder stellt der Eigentümer eine Bevollmächtigung in Abrede, bestätige ich hiermit, dass ich für die entstehenden Kosten aufkomme.

Falls es zur Diagnosefindung erforderlich ist, ermächtige ich die Praxis, Leistungen Dritter (Labors, Spezialuntersuchungsanstalten u.Ä.) in meinem Namen in Anspruch zu nehmen.

Ort/Datum _____

Unterschrift (der Unterzeichner haftet für die Rechnungsschuld) _____

Bitte wenden →

Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken

Tierärztliche Gemeinschaftspraxis Dr. Lüttgenau GbR
An der Schlossfabrik 2-4
42499 Hückeswagen
Tel.: 02192-931490
Fax.: 02192-931496
tierarztpraxis@luettgenau.eu

mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die Tierärztliche Gemeinschaftspraxis Dr. Lüttgenau GbR (verantwortliche Datenschutzbeauftragte Claudia Lüttgenau) meine auf der Anmeldung angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages 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

(keine Einwilligung - streichen)

- ✓ 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 und Physiotherapeuten übermittelt werden dürfen.
- ✓ Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig bei der Hi-Tier Datenbank zur Tierseuchenbekämpfung genutzt werden können (Nutztiere).
- ✓ Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen weiterführender Diagnostik an Untersuchungslabore und Institute übermittelt werden dürfen bzw. Beurteilungsstellen HD Röntgen
- ✓ Ich willige ein, dass mich die Tierärztliche Gemeinschaftspraxis Dr. Lüttgenau GbR telefonisch über Laborergebnisse und Terminplanung informiert.
- ✓ Ich willige ein, dass mich die Tierärztliche Gemeinschaftspraxis Dr. Lüttgenau GbR per Email oder Fax über Laborergebnisse informiert.
- ✓ Ich willige ein, dass mich die Tierärztliche Gemeinschaftspraxis Dr. Lüttgenau GbR per Post informiert.
- ✓ Ich willige ein, dass mich die Tierärztliche Gemeinschaftspraxis Dr. Lüttgenau GbR an fällige Impfungen meines/meiner Tiere erinnert.
- ✓ Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch im Rahmen einer Weiterführung der Praxis durch einen Nachfolger weiter bestimmungsgemäß genutzt werden dürfen

- ✓ Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten und alle tierärztlichen Behandlungsdaten zum Zweck der Erstellung von Honorarrechnungen und zu deren Einziehung alle erforderlichen Daten (z.B. meine persönlichen Daten, Rechnungsbeträge, Behandlungsdokumentation, Leistungsziffern, Laborrechnungen, Formulare etc.) an die Tierärztliche Verrechnungsstelle in Münster r.V. Friedrich-Ebert-Str. 157-159, 48153 Münster gesetzes- und datenschutzkonform übermittelt – und zwar unabhängig von der Art der Erkrankung (z.B: Zoonosen etc.) des betreffenden Tieres.

Insoweit entbinde ich die Tierärztliche Gemeinschaftspraxis ausdrücklich von der tierärztlichen Schweigepflicht. Ich stimme weiterhin zu, dass sich die aus der Behandlung ergebenden Forderungen an die Tierärztliche Verrechnungsstelle Nordrhein-Westfalen r.V. abgetreten werden dürfen.

Ich bin mir bewusst, dass nach Abtretung der Honorarforderung die Tierärztliche Verrechnungsstelle Nordrhein-Westfalen r.V mir gegenüber als Forderungsinhaber auftritt und deshalb Einwände gegen die Forderung – auch soweit sie sich aus der Behandlung und / oder der Krankengeschichte ergeben – im Streitfall gegenüber der Tierärztlichen Verrechnungsstelle Nordrhein-Westfalen r.V. zu erheben sind.

Ich willige in die Verarbeitung meiner Daten zum Zwecke des Einholens von Bonitätsauskünften über meine Person, die mit dem vertraglichen Verhältnis zur Behandlung meines Tieres in Zusammenhang stehen, durch den oben benannten Dienstleister ein.

Ohne diese Einwilligung ist eine Behandlung leider nicht möglich!

Alle Einwilligungen sind jederzeit einzeln gemäß Art. 7 Abs. 3 DSGVO widerruflich. Der Widerruf ist postalisch oder per Email an uns zu senden. Eine Folge des Widerrufs kann dann jedoch sein, dass wir das Behandlungsverhältnis nicht mehr im bisherigen Umfang fortführen können.

Diese Zustimmungserklärung gilt – bis auf Widerruf – ausdrücklich auch für künftige Behandlungsvorgänge.

Hiermit erteile ich mein Einverständnis:

Vorname/Nachname Patientenbesitzer/In

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. Emailverkehr, 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 Dienstleistung 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 Lösungsverlagernicht 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: Landesamt für Datenschutz LDI, Kavalleriestr. 2-4, 40213 Düsseldorf

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

Unsere Kontaktdaten:

Tierärztliche Gemeinschaftspraxis Dr. Lüttgenau GbR
An der Schlossfabrik 2-4
42499 Hückeswagen
02192-931490
tierarztpraxis@luettgenau.eu

Unsere Datenschutzbeauftragte Claudia Lüttgenau erreichen Sie unter 02192-931490 oder tierarztpraxis@luettgenau.eu