

# Anmeldeformular

## Daten des Tierhalters

Nachname

Telefon

Vorname

Mobil

PLZ, Ort

Geschäftlich

Straße

Fax

Beruf

E-Mail

## Daten des Tieres

Name		Geschlecht	männlich	weiblich
Tierart und Rasse		Mikrochip	Ja	Nein
Geburtsdatum	Gewicht	Kastriert/Sterilisiert	Ja	Nein
Haarkleid, Farbe		Tätowierungen	Ja	Nein
Kontakt zu anderen Tieren		<b>Haltung:</b>		
Letzte Schutzimpfung	Letzte Wurmkur	Freigänger		Familientier
Ständig verabreichte Medikamente		Stubentier		Zuchttier
		Zwingerhaltung		Jagdhund

Fütterung (Fertigfutter trocken oder feucht, bitte Marke(n) angeben)

Unverträglichkeiten/Allergien (Futter, Medikamente, etc.)

Grund des Besuches

## Zahlungsmöglichkeiten

Bitte haben Sie Verständnis, dass wir bei allen Behandlungen, klinischen Leistungen und Medikamentenabgaben grundsätzlich auf **sofortiger Bezahlung (Bar oder per EC-Karte)** bestehen müssen. Alle Operationen müssen **bei Abholung des Patienten sofort bezahlt** werden. Auf Wunsch erhalten Sie gerne eine detaillierte Quittung. Diese ist selbstverständlich gebührenfrei. Die Zusendung einer **Rechnung erfolgt nur in besonderen vorher abgesprochenen Ausnahmefällen**, wie z. B. nach Absprache bei der Kostenübernahme durch eine Versicherung. Zugesandte Rechnungen sind sofort fällig und beinhalten immer einen zusätzlichen Verwaltungskostenbeitrag in Höhe von € 3,00 (Ausnahme: Direkt abgerechnete Rechnungen mit der AGILA-Tierversicherung).

Ich versichere, dass ich der  Tierhalter/ bevollmächtigte Beauftragte des Tierhalters des o. g. Tieres und deshalb berechtigt bin einen Vertrag über die Durchführung erforderlicher Untersuchungen und Behandlungen zu schließen. Ich bin willens und in der Lage die dadurch entstehenden Kosten zu tragen. Sofern ich nicht Halter des Tieres bin, versichere ich für diese und alle zukünftigen Untersuchungen und Behandlungen, im ausdrücklichen Auftrag des Tierhalters zu handeln. Fehlt es an der Bevollmächtigung, oder stellt der Tierhalter eine Bevollmächtigung in Abrede, bestätige ich hiermit, dass ich für die entstehenden Kosten aufkommen kann und werde. Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben, erteile hiermit einen Behandlungsauftrag und akzeptiere die oben genannten Bedingungen auch für alle zukünftige Untersuchungen und Behandlungen. Bei Minderjährigen benötigen wir den Namen und die Unterschrift eines Elternteils.

Detmold,

Datum

Unterschrift

# Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken

durch die  
Kleintierpraxis R. Bachmann u. Dr. K. Hofmeister  
Hermannstr. 1, 32756 Detmold

Tel: 0523125088  
E-Mail: tierarzt detmold@web.de

Mit meiner Unterschrift willige ich,

Name

Adresse

darin ein, dass die Kleintierpraxis R. Bachmann u. Dr. K. Hofmeister 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 weiterführender Diagnostik oder Therapie an andere Tierarztpraxen, Tierkliniken oder sonstige therapeutische Einrichtungen wie z. B. zur Physiotherapie 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 die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig, an die von mir angegebene Tierkrankenversicherung weitergegeben werden dürfen.

Ich willige ein, dass mich die Kleintierpraxis R. Bachmann u. Dr. K. Hofmeister telefonisch oder auf elektronischem Wege oder per Post informiert.

Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch im Rahmen einer Weiterführung der Praxis durch einen Nachfolger weiter bestimmungsgemäß genutzt werden dürfen.

Detmold,

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

(Auf Wunsch erhalten Sie eine Kopie der Einwilligungserklärung)

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:

**Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen**

**Kavalleriestr. 24, 40213 Düsseldorf**

**Telefon: 0211/384240 - Fax: 0211/3842410 - E-Mail: [poststelle@ldi.nrw.de](mailto:poststelle@ldi.nrw.de)**

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

## Unsere Kontaktdaten

Kleintierpraxis R. Bachmann u. Dr. K. Hofmeister  
Hermannstr. 1, 32756 Detmold  
Tel: 0523125088 - E-Mail: [tierarzt-detmold@web.de](mailto:tierarzt-detmold@web.de)