

Anmeldeformular

Tierarztpraxis
Dr. Ingo Schneider
Bahnhofstr. 19
61130 Nidderau



Tierbesitzer

Name.....
Vorname.....
Strasse.....
PLZ.....
Ort.....
Tel. privat.....
Tel. beruflich.....
Tel. mobil.....
Email.....
Haustierarzt.....

Patient

Name.....
Rasse.....
Täto/Chip.....
Farbe.....
Geburtstag.....
Gewichtkg
Geschlecht: weiblich
 männlich
kastriert: ja
 nein

Die Kosten für Untersuchung und Behandlung sind nach jedem Besuch zu begleichen!

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. 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.

Mir ist bekannt, dass die Tierarztpraxis nach der derzeit gültigen Fassung der Gebührenordnung für Tierärzte abrechnet. Im Notdienst, d. h. außerhalb der regulären Sprechzeiten wird ein Aufschlag berechnet. Ich zahle die entstehenden Kosten sofort in bar oder per EC-Karte.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich mein Einverständnis und die Richtigkeit meiner Angaben.

Nidderau, den

Unterschrift.....

**Tierarztpraxis
Dr. Ingo Schneider,
Bahnhofstraße 19
61130 Nidderau**



Einverständniserklärung des Tierhalters:.....

Name des Tierhalters

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die tierärztliche Praxis Dr. Ingo Schneider (verantwortlich: Dr. Ingo Schneider) 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 tierärztliche Praxis Dr. Ingo Schneider telefonisch über Laborergebnisse und Terminplanung informiert.
- Ich willige ein, dass mich die tierärztliche Praxis Dr. Ingo Schneider 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.
- Einwilligung zur Abtretung:**

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass Dr. Ingo Schneider zum Zweck der Erstellung der Rechnung sowie zur Einziehung und der gegebenenfalls gerichtlichen Durchsetzung der Forderung alle hierzu notwendigen Unterlagen, insbesondere meinen Namen, Anschrift, Leistungsziffern, Rechnungsbetrag, Behandlungsdokumentation, Laborrechnungen, Formulare etc. an die tierärztliche Verrechnungsstelle weitergibt. Insoweit entbinde ich Dr. Ingo Schneider ausdrücklich von seiner tierärztlichen Schweigepflicht und stimme ausdrücklich zu, dass er, die sich aus der Behandlung ergebende Forderung, an die tierärztliche Verrechnungsstelle abtritt. Ich bin mir bewusst, dass nach der Abtretung der Honorarforderung die tierärztliche Verrechnungsstelle mir gegenüber als Forderungsinhaberin auftritt und deshalb Einwände gegen die Forderung – auch soweit sie sich aus der Behandlung und der Krankengeschichte ergeben – im Streitfall gegenüber der tierärztlichen Verrechnungsstelle zu erheben und geltend zu machen sind und der behandelnde Tierarzt/die behandelnde Tierärztin als Zeuge vernommen werden kann.

Mein insoweit erklärtes Einverständnis kann ich **jederzeit** (schriftlich per Post oder per Mail) **widerrufen**.

Ich habe die Information zum DATENSCHUTZ für die Patientenbesitzer gelesen (siehe unten!)

Nidderau, den

Unterschrift.....

Information zum DATENSCHUTZ für die Patientenbesitzer

Sehr geehrte Tierhalterin, sehr geehrter Tierhalter,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist: Dr. Ingo Schneider

Praxisname: Tierarztpraxis Dr. Ingo Schneider

Adresse: Bahnhofstr. 19 , 61130 Nidderau

Kontaktdaten: Tel. 06187/292112, Fax: 06187/292113, Email : praxis@tierarzt-nidderau.de

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Tierarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Daten, insbesondere die Gesundheitsdaten Ihres Tieres. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Tierärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Tierärzte, bei denen Ihr Tier in Behandlung ist oder war, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Tierarztbriefen/Befundberichten).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für die Behandlung Ihres Tieres. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger der Gesundheitsdaten Ihres Tieres können vor allem andere Tierärzte, Tierärztliche Verrechnungsstellen, Tierkrankenversicherungen, Tierhalterhaftpflichtversicherungen, Berufshaftpflichtversicherungen sowie die hessische Tierseuchenkasse sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihrem Tier erbrachten Leistungen, zur Klärung von tiermedizinischen und Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

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.

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund standesrechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 5 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 10 Jahre bei steuerlich relevanten Unterlagen gemäß der Abgabenordnung (AO).

Einem Löschverlangen des Tierhalters kann demgemäß im 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.

5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden Daten bzw. die Gesundheitsdaten Ihres Tieres Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Name: Der Hessische Datenschutzbeauftragte
Adresse: Postfach 3163, 65021 Wiesbaden
Email: Poststelle@ datenschutz.hessen.de
Telefon: +49 611 1408 - 0
Telefax: +49 611 1408 - 611

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam der Tierarztpraxis Dr. Ingo Schneider