



Patientenaufnahmeschein

Angaben zum Auftraggeber

(bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

| | |
|-----------------|---------------|
| Name: | Vorname: |
| Geburtsdatum: | Straße/Nr.: |
| Wohnort/PLZ: | Telefon: |
| E-Mail-Adresse: | Haustierarzt: |

Angaben zum Tier

| | |
|---|--|
| Rufname Ihres Tieres: | Tierart: <input type="checkbox"/> Hund <input type="checkbox"/> Katze <input type="checkbox"/> |
| Rasse: | Geburtsdatum: |
| Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> kastriert | Fellfarbe: |
| Gewicht: | Mikrochipnummer: |
| Bekommt Ihr Tier Medikamente? Hat es eine Allergie? | Tierkrankenversicherung? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei |

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. 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 (Labore, Spezialuntersuchungsanstalten u.ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.

Ich zahle die entstehenden Kosten sofort in bar oder per EC-Karte. Mir ist bekannt, dass das Gesundheitszentrum für Kleintiere Lüdinghausen ein Zurückhaltungsrecht an dem behandelten Tier zusteht, wenn ich nicht be-

reit oder in der Lage bin, die durch die Behandlung des Tieres entstandenen Kosten in bar oder per EC-Karte zu zahlen.

| | |
|-----------------------|------------------------------|
| ----- Datum | ----- Unterschrift |
|-----------------------|------------------------------|

Einverständniserklärung des Tierhalters zur Datennutzung zu weiteren Zwecken

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass das Gesundheitszentrum für Kleintiere Lüdinghausen, meine in der Anmeldung angegebenen personenbezogenen Daten, zum Zweck der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhebt.

Für jede darüberhinausgehende 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.

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.

Einem Löschverlangen des Tierhalters kann im Hinblick auf die bestehenden Rechtsnormen zur Aufbewahrung widersprochen werden. Nach Ablauf der Aufbewahrungsfristen können die o.a. Daten gelöscht werden. 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.

Die von uns erhobenen Daten werden verwendet: „Für Zukünftige Behandlungen, Tierärztliche Verrechnungsstellen, individuelle Gesundheitsinformationen, Überweisungen an andere Tierärzte/Kliniken, Labore/Institute zum Zwecke der Diagnostik, falls spezielle Laborparameter bestimmt werden müssen.

Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie Ihr Einverständnis, dass Ihre personenbezogenen Daten hierfür weitergegeben und verwendet werden dürfen.

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

Hinweis: Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter:
E-Mail: b.walther@propraxis.de

Datum

Unterschrift