

Aufnahmeschein für Patientenbesitzer und Behandlungsvertrag

(Bitte in Druckschrift ausfüllen)

Name des Auftraggebers: _____
Name des Besitzers: _____
Geburtsdatum und -ort: _____
Straße: _____
PLZ und Ort: _____
Telefonnummer privat: _____
Telefonnummer geschäftl.: _____
eMail-Adresse: _____
Zahlweise: ☐ EC – Karte ☐ Bar ☐ Rechnung

Name des Pferdes: _____
ggf. Rufname: _____
Rasse: _____
Geschlecht: _____
Farbe: _____
Geburtsdatum: _____
Lebensnummer (falls zur Hand) _____
Mikrochipnummer (falls zur Hand) _____
Schlachttierstatus: ☐ Schlachttier ☐ Nichtschlachttier
Stalladresse: _____
Tierkrankenversicherung: ☐ nein ☐ ja, Art der Versicherung: _____
Versicherungsgesellschaft: _____

Tierhaltererklärung:

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.

Vertretungserklärung:

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.

Datenschutzhinweis gemäß EU Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Liebe Patientenbesitzer,

zur Abwicklung des zwischen Ihnen und der Pferdepraxis Regensburg bestehenden Behandlungsvertrages verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten gemäß Art.6 Abs. 1b der DSGVO.

Das sind Ihr Name, Ihre Anschrift, Telefonnummer und Ihre E-Mail -Adresse.

Die beiden letztgenannten nutzen wir, um auf schnellem Weg mit Ihnen zu kommunizieren, falls es während einer Behandlung dringend notwendig ist oder auch, um mit Ihnen Behandlungstermine abzustimmen.

Bei Zustandekommen eines Behandlungsvertrages werden vorbenannte Daten für die Dauer von mindestens 10 Jahren ab Erhebungsdatum bei uns gespeichert. Grundlage dafür sind steuerrechtliche Verpflichtungen, Rechnungsdaten mindestens für diesen Zeitraum aufzubewahren. Die erhobenen Daten werden nach Ablauf dieser Zeitspanne gelöscht, es sei denn, es stehen der Löschung gesetzliche Verpflichtungen entgegen oder sie sind weiterhin zur Erfüllung des ursprünglichen Zwecks, für den sie verarbeitet wurden, erforderlich.

Sie haben das Recht auf Auskunft darüber, ob wir von Ihnen personenbezogene Daten verarbeiten, und wenn dies zutrifft, welche wir verarbeiten (Art. 15 DSGVO). Dies betrifft besonders den Verarbeitungszweck, die Kategorie der personenbezogenen Daten, die Kategorie von Empfängern, denen Ihre Daten übermittelt werden, und die Speicherdauer Ihrer Daten. Gleichfalls steht Ihnen das Recht auf Berichtigung dieser Daten zu, wenn sie fehlerhaft verarbeitet wurden (Art.16 DSGVO). Des Weiteren haben sie das Recht auf Löschung (Art. 17 DSGVO) und die Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 18 DSGVO) sowie auf Widerspruch gegen die Verarbeitung Sie betreffender, personenbezogener Daten (Art.

21 DSGVO). Für Sie besteht ein Beschwerderecht beim "Bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht, Promenade 18, 91522 Ansbach, Tel.: 0981 /80093-0, Fax: 0981 / 180093-800, E-Mail: poststelle@lda.bayern.de" (Art. 77 DSGVO).

Sie haben das Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO), d.h. Übermittlung der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format an sich selbst oder an einen anderen Verantwortlichen.

Ihre personenbezogenen Daten werden nur an Dritte weitergegeben, wenn Sie Ihre ausdrückliche Einwilligung freiwillig dazu erteilt haben (Art. 6 Abs. 1 Satz 1 a) DSGVO). Oder die Weitergabe zur Geltendmachung: Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich ist und kein Grund zur Annahme besteht, dass Sie ein überwiegendes schutzwürdiges Interesse an der Weitergabe Ihrer Daten haben (Art. 6 Abs.1 Satz 1 f) Abs. 4 DSGVO). Eine Weitergabe erfolgt weiterhin für den Fall, dass dafür eine gesetzliche Verpflichtung besteht (Art. 6 Abs. 1 Satz 1 c) DSGVO) oder dies gesetzlich zulässig und für die Abwicklung von Vertragsverhältnissen mit Ihnen erforderlich ist (Art. 6 Abs. 1 Satz 1 b) DSGVO).

Wenn Sie uns eine schriftliche Einwilligung zur Datenverarbeitung für bestimmte Zwecke erteilen (Art. 6 Abs. 1 a DSGVO) kann diese jederzeit und grundlos widerrufen werden (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Sind Sie mit den hier geschilderten Vorgängen nicht einverstanden, können wir Ihr Tier leider nicht behandeln, da wir in diesem Fall den gesetzlichen Vorschriften u.a. aus § § 611 ff. BGB § 14 Abs. 4 UStG i.V. m. § 33 UStDV nicht nachkommen können.

Bitte Rückseite beachten ►►►

Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken nach Art.6 Abs.1a lt. DSGVO i. V. m. Art.7 Abs. 3 lt. DSGVO

Name, Vorname: _____

Strasse: _____

Plz, Ort: _____

eMail: _____

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass die "Pferdepraxis Regensburg, Jana Heidenreich – Fachtierärztin für Pferde" meine personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhebt.

(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 "Pferdepraxis Regensburg, Jana Heidenreich – Fachtierärztin für Pferde" telefonisch, per Email oder per Whatsapp über die Laborergebnisse und die Terminplanung informiert.
- ☐ Ich willige ein, dass die erhobenen Daten gegebenenfalls an eine Tierärztliche Verrechnungsstelle oder eine Forderungsverwaltung übermittelt werden dürfen.
- ☐ Ich willige ein, dass die Impferinnerungen per Post oder eMail von der "Pferdepraxis Regensburg, Jana Heidenreich – Fachtierärztin für Pferde" versendet werden.
- ☐ Ich willige ein, dass die "Pferdepraxis Regensburg, Jana Heidenreich – Fachtierärztin für Pferde" mir den Anwendungs- und Abgabebeleg (für lebensmittelliefernde Tiere) per Post oder eMail zusenden darf
- ☐ Ich willige ein, dass mir die Rechnungen per eMail zugeschickt werden

Die Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen oder abgeändert werden. Der Widerruf ist postalisch oder per eMail an uns zu senden. Eine Folge des Widerrufs kann sein, dass wir das Behandlungsverhältnis nicht mehr oder nicht mehr im bisherigen Umfang fortführen können.

Ort, Datum

Unterschrift