



Liebe Tierbesitzer,

Wir freuen uns, dass Sie den Weg in unsere Praxis gefunden haben. Um Sie und Ihr Tier optimal zu betreuen und da Medikamente nach dem Arzneimittelgesetz angewendet/abgegeben werden und dieser Vorgang dokumentiert werden muss, bitten wir Sie um einige Angaben:

Name/Vorname:	Geburtsdatum/-ort:
Straße/Hausnummer:	Postleitzahl/Ort:
Telefon (möglichst Privat und dienstl.):	Fax:
E-Mail:	Haustierarzt:

Tiername:	Tierkrankenversicherung: <u>ja</u> /Name: _____	<u>nein</u> :
Rasse:	Gewicht: _____	(Waage steht im Wartezimmer/für Katzen und Nager in dem Behandlungszimmer)
Geburtsdatum oder Alter:	Fellfarbe:	
Geschlecht:	<u>weiblich</u> <u>weiblich-kastriert</u> <u>männlich</u> <input type="checkbox"/> <u>männlich-kastriert</u>	(Bitte ankreuzen)
chronische Erkrankungen und Dauermedikamente:		
Art der Fütterung / Unverträglichkeiten:		

Möchten Sie unsere Praxis über eine Praxisbesichtigung kennen lernen?	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>		
Wie sind Sie zu uns gekommen?				
<u>Schild</u>	<u>Internet</u>	<u>Telefonbuch</u>	<u>Empfehlung</u>	<u>Zeitschrift</u>

Um Ihre und unsere Kosten und Zeit zu sparen, bitten wir um Barzahlung oder EC-Karte im Anschluss an jede Behandlung. Unser Preisgefüge richtet sich nach der **Gebührenordnung für Tierärzte und der Arzneimittelpreisverordnung**. Die Leistungen werden für Sie durch eine Quittung oder Rechnung transparent. Nach Absprache kann eine Rechnung gestellt werden, die über die Verrechnungsstelle BFS health Finance GmbH, Dortmund zu unserer Entlastung erfolgt (nach Vorgaben des Datenschutzgesetzes, ggf. leitet die BFS personenbezogene Daten weiter, weitere Informationen unter: www.meinebfs.de). Bitte beachten Sie, dass bei Rechnungsstellung 3,8% Zinsen, durch den Leistungserbringer, aufgeschlagen werden. Wünschen Sie Teilzahlungen ist dieses ebenfalls kostengünstig über die BFS health Finance GmbH möglich, sprechen Sie uns bitte an.

Wie möchten Sie zahlen? Bar EC-Karte Rechnung

Ort/Datum _____ Unterschrift _____

Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass das Tiermedizinische Zentrum (verantwortlich: Dr. med. vet. Michael Greshake) 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

(Nichtgewünschtes bitte 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 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 das Tiermedizinische Zentrum telefonisch über Laborergebnisse und Terminplanung informiert.

Ich willige ein, dass mich das Tiermedizinische Zentrum 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.

Ort/Datum _____ Unterschrift _____

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. Im Rahmen der Zusammenarbeit mit unserer Tierärztlichen Verrechnungsstelle werden gegebenenfalls Adresdaten zum Zwecke der Bonitätsprüfung an die Infoscore Consumer Data GmbH weitergeleitet.

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.

Ich versichere, dass das von mir vorgestellte Tier nicht zur Lebensmittelgewinnung genutzt wird. Ich zahle die entstehenden Kosten sofort in bar oder per EC-Karte, sofern keine Kostenübernahme durch eine Krankenkasse vorliegt. Mir ist bekannt, dass der Praxis ein Zurückbehaltungsrecht an dem behandelten Tier zusteht, wenn ich nicht bereit oder dazu in der Lage bin, die durch die Behandlung des Tieres entstandenen Kosten in bar oder per EC-Karte zu zahlen.

Ort/Datum _____ Unterschrift _____

Einverständniserklärung zur Datenweitergabe an eine Tierärztliche Verrechnungsstelle

Sehr geehrte Patientenbesitzerin, sehr geehrter Patientenbesitzer,

wir möchten Ihnen gerne mitteilen, dass unsere Rechnungen durch die Tierärztliche Verrechnungsstelle (TVS) BFS health Finance GmbH bearbeitet werden. Durch diese erhebliche Entlastung von Verwaltungsarbeiten bleibt uns mehr Ruhe und Zeit für unsere Patienten. Bei der TVS BFS health Finance GmbH handelt es sich um eine langjährige berufsständige Gemeinschaftseinrichtung von Tierärztinnen und Tierärzten. Die Mitarbeiter der TVS unterliegen – wie die Tierärztin und der Tierarzt selbst – gemäß § 203 StGB den Bestimmungen der Schweigepflicht und darüber hinaus denen des Datenschutzgesetzes/der EU-Datenschutz-Grundverordnung. Im Rahmen der Zusammenarbeit werden gegebenenfalls Adresdaten zum Zwecke der Bonitätsprüfung an die Infoscore Consumer Data GmbH weitergeleitet.

Sie werden gebeten, durch Ihre Unterschrift Ihr – im Einzelfall jederzeit widerrufliches – Einverständnis zu erteilen, dass alle zur Rechnungserstellung notwendigen Daten wie Ihre Anschrift und sonstigen Verbindungsdaten sowie die Angaben zu erbrachten Leistungen und die dazugehörigen Diagnosen an die TVS weitergeleitet und die Rechnungsforderungen an diese zum Einzug abgetreten werden.

Hiermit erteile ich mein Einverständnis:

Vorname / Nachname Patientenbesitzer/in

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. 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 „Tages 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 mit der Anschrift: Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit NRW, Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf, Tel.: 0211/38424-0.

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

Unsere Kontaktdaten:

Tiermedizinisches Zentrum Emsdetten
Datenschutzbeauftragter: Dr. med. vet. Michael Greshake
Grevener Damm 184
48282 Emsdetten

Telefon: 02572-98008
ems@tiermed-zentrum.de