

**Für unsere Patientenkartei erbitten wir folgende Angaben:**

(bitte in Druckschrift ausfüllen)

Name des Besitzers: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

**Tierdaten**

Tierart:     Hund     Katze    Sonstiges: \_\_\_\_\_

Rasse: \_\_\_\_\_

Rufname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht:     männlich     weiblich     kastriert

Fellfarbe und Besonderheiten: \_\_\_\_\_

Herkunftsland: \_\_\_\_\_

Kennzeichnung (Chip-/Täto-Nr.): \_\_\_\_\_

Unverträglichkeiten: \_\_\_\_\_

Dient das Tier der Lebensmittelgewinnung?     nein     ja

Tierkrankenversicherung:  nein     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.

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift

bitte wenden

## **Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken**

(bitte ankreuzen)

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die tierärztliche Praxis Dr. F. Schaefer 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.

- 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 und -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. F. Schaefer telefonisch über Laborergebnisse und Terminplanung informiert.
- Ich willige ein, dass mich die tierärztliche Praxis Dr. F. Schaefer per Post informiert.  
(z. B. für Impferinnerungen)
- 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 \_\_\_\_\_

Für Ihre Unterlagen.

### **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 nur jene Daten, die Sie uns als Kunde zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen und bei Abschluss der Vertrages zur Verfügung stellen.

Die Datenverarbeitung erfolgt zu folgenden Zwecken:

- 1) Dokumentation von Behandlungs- und Krankheitsverläufen
- 2) Dokumentation des Arzneimitelesinsatzes und -verbrauchs
- 3) Dokumentation der Rechnungslegung und Zahlungseingänge für Umsatzsteuervoranmeldung und Jahresbilanz

### **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 Wohnungsanschrift). Eine Datenverarbeitung für Werbung (Art. 6 Abs. 1 lit. a + f) erfolgt **nicht**. Wir müssen aus arzneimittelrechtlichen und steuerrechtlichen Gründen die Daten Ihres Tieres 10 Jahre archivieren.

### **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 (Adresse: Bay.LA für Datenschutzaufsicht Postfach 606, 91511 Ansbach, 0981-53 13 00, [poststelle@lda.bayern.de](mailto:poststelle@lda.bayern.de))

Unsere Kontaktdaten:

Rupprechtstr. 2, 91126 Schwabach, Tel.: 09122/ 2294, [www.tierarzt-schaefer-schwabach.de](http://www.tierarzt-schaefer-schwabach.de)