



KLEINTIERPRAXIS IM ALTEN STADTGUT

Herzlich willkommen in unserer Tierarztpraxis,

Sie besuchen uns heute zum ersten Mal. Dazu benötigen wir einige Angaben von Ihnen und Ihrem Tier sowie Ihre Einwilligung zur Datenverwendung.

Besitzer

Freiwillige Angaben zur Kontaktaufnahme

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden:

Empfehlung Straßenschild Internet Zeitung Telefonbuch Sonstige: _____

Patient

Tierart: _____

Rasse: _____

Name: _____

Geb. Datum: _____

Geschlecht: männl. weibl.

Kastriert: ja nein

Bei Katzen, Freigänger ja nein

Chip ja nein

Fellzeichnung / Farbe: _____

Entwurm am: _____

Geimpft am: _____

Ist Ihr Tier krankenversichert? ja nein

Die Zusendung per E-Mail:

- einer **Erinnerung** (Vorsorge/Impfung) wird gewünscht ja nein
- der **Terminvereinbarung** wird gewünscht ja nein
- von **Allgemeinen Praxis Informationen** wird gewünscht ja nein
- von **Rechnungen/Finanzangelegenheiten** wird gewünscht ja nein

Bitte haben Sie Verständnis, dass unsere Gebühren unmittelbar nach der Behandlung zu begleichen sind. Eine Zahlung auf Rechnung ist nur in Ausnahmefällen und nach vorheriger Absprache möglich. Sie können **bar** oder mit **Karte** zahlen.

Zahlungsbedingungen akzeptiert:

Datum: _____

Unterschrift: _____



Einwilligung gemäß Datenschutz

Datenschutzhinweise zur EU Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)05/2018

Die DSGVO regelt den Datenschutz in Europa neu. Wir legen höchsten Wert auf ein hohes Datenschutzniveau und auf den vertraulichen Umgang mit Ihren Daten. Um Sie weiterhin über anstehende Kontrolluntersuchungen und Impfungen sowie für Befundübermittlungen kontaktieren zu können benötigen wir Ihr Einverständnis. Personenbezogene Daten werden von uns an dritte Personen nur dann weitergegeben/übermittelt, wenn dies zum Zwecke der Praxisabläufe- oder Serviceabwicklung oder zu Abrechnungszwecken erforderlich ist oder Sie zuvor eingewilligt haben oder wir aufgrund gesetzlicher Vorschriften dazu verpflichtet sind. Die Übermittlung der Daten an auskunftsberechtigte staatliche Institutionen und Behörden erfolgt nur im Rahmen der einschlägigen Gesetze.

Ich bin einverstanden, dass erforderliche Daten an Dritte weitergegeben werden und stimme der Übermittlung der Daten von Besitzer und Tier zu folgenden Zwecken zu:

- an das **Labor**
- zum Zwecke der Überweisung an **Fachkliniken/Fachtierärzte**
- zum Zwecke der Registrierung bei **Tasso/Tierregister**
- an ihre **Tierkrankenversicherung**
- zum Zweck der Beisetzung auf einem **Tierfriedhof**
- abrechnungsrelevante Daten an den **Steuerberater**
- durch einen beauftragen **Computerdienstleister/Softwarehersteller** gesehen werden können

Ich gebe meine Einwilligung, dass die Praxis Dr. Günther-Weigl mich/uns zu den oben genannten Zwecken auf folgenden **Kommunikationswegen** kontaktieren kann und diese auch an o.a. Dritte weitergeben kann:

E-Mail

Telefon Festnetz

Telefon Mobil

Ich willige in die Nutzung von **Bildaufnahmen** meines Tieres zur Verwendung in social media ein: Ja Nein

Für umfassendere Informationen zum Thema **Datenschutz und Widerspruchsrecht** besuchen Sie unsere Website „Datenschutz“.

Wenn Sie wissen möchten, welche Daten wir von Ihnen in unseren Datenbanken gespeichert haben oder wenn Sie Ihre Daten löschen wollen, senden Sie uns bitte an info@praxisweigl.de eine E-Mail mit Ihrem Anliegen oder wenden sich postalisch an uns. Wenn Sie heute keine Gelegenheit dazu haben, können Sie das gerne auch zu jedem späteren Zeitpunkt tun. Beachten Sie bitte, dass wir Anfragen zu Ihren bei uns gespeicherten Daten und allgemein zum Thema Datenschutz und Datensicherheit nur beantworten können, wenn Sie uns über E-Mail oder postalisch kontaktieren. Falls Sie mit der weiteren Nutzung Ihrer Daten einverstanden sind, brauchen Sie nicht tätig zu werden. Datenschutzverantwortliche ist Frau Dr. Günther-Weigl.

Datum, Unterschrift

