

Anmeldeformular für Kaninchen

Willkommen in der Tierarztpraxis Huppert!

Damit wir Ihrem Tier die bestmögliche Behandlung zukommen lassen, Ihre Fragen schnell beantworten und unsere Leistungen ordnungsgemäß abrechnen können, benötigen wir von Ihnen einige Informationen.

Alle Angaben fallen unter die tierärztliche Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.



Wir sind verpflichtet, bei der Erfassung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten die Bestimmungen der Europäischen Datenschutz- Grundverordnung (DS-GVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) einzuhalten, welche ab dem 25.05.2018 gelten.

Eine Belehrung Ihrer diesbezüglichen Rechte finden Sie auf den beigelegten Datenschutzhinweisen. Bitte lesen Sie diese Belehrung, bevor Sie Ihre Einwilligung erteilen.

Die für die Durchführung der Behandlung erforderlichen personenbezogenen Daten, d.h. Ihren Namen und Ihre Anschrift, erheben wir auf Grundlage gesetzlicher Berechtigung. Für die Erfassung und Nutzung der übrigen personenbezogenen Daten benötigen wir Ihre Einwilligung, die Sie im Rahmen dieses Formulars erteilen können.

Sollten Sie für den jeweiligen Zweck **keine** Einwilligung geben, ist die Durchführung der Behandlung unter Umständen **nicht** möglich.

Für unsere Patientenkartei erbitten wir folgende Angaben: (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!)

1. persönliche Angaben

Name*:

Vorname*:

Geb. Datum:

Straße*:

PLZ/Ort*:

Telefon: Privat:

Geschäftl.:

Mobil:

E-Mail:

ich bin Züchter: ja nein

in meinem Haushalt leben Kinder: ja nein

2. Patient:

Name:

Rasse:

Geschlecht: m w kastriert

Geb. Datum / geschätztes Alter:

Farbe:

ursprüngliche Herkunft: Tierheim
 Fundtier

Privat
 sonstiges

Züchter Zoogeschäft

bei mir lebt sie/er seit: _____

als Einzeltier im Mehrkaninchenhaushalt
 mit anderen Tierarten:

* = Pflichtangaben

Haltung: Wohnungshaltung
 reine Außenhaltung

Wohnungshaltung mit Auslauf im Garten oder Balkon

Fütterung:

von mir bereits bemerkte Auffälligkeiten/Grund der Konsultation:

bekannte chronische Erkrankungen, Operationen, Allergien:

soweit bekannt: letzte tierärztliche Untersuchung:

Impfungen: RHD am:
 Myxo am:
 PAST am:
durchgeführt von Tierarzt / -ärztin Dr.

Bitte bringen Sie zur ersten Untersuchung (falls möglich) folgende Dinge mit:

- sämtliche Papiere, die Sie zu dem Tier besitzen (z.B. Impfpass, Abstammungsurkunde, Kauf- oder Übernahmevertrag, Gesundheitszeugnis etc.)

Hiermit bestätige ich, dass mein(e) Kaninchen **nicht** der Lebensmittelgewinnung dient/dienen und meinerseits auch **nicht** der Lebensmittelgewinnung zugeführt wird/werden: ja nein

Ich bin auf die Praxis aufmerksam geworden durch: Empfehlung Telefonbuch Überweisung
 Internet sonstiges: _____

3. 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.

Mir ist bekannt, dass der Praxis ein Zurückbehaltungs- und Pfandrecht zusteht, wenn ich nicht bereit oder in der Lage bin, die durch die Behandlung des Tieres entstandenen Kosten in bar oder per EC-Karte zu zahlen.

Ich zahle die entstehenden Kosten sofort in *: bar
 EC-Karte (wir akzeptieren **keine** Kreditkarten)

Einwilligungserklärung zur Datennutzung

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie darin ein, dass die Tierarztpraxis Huppert Ihre auf der Anmeldung angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhebt.

Krefeld, den _____ Unterschrift: _____

* = Pflichtangaben

Für jede darüber hinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen, ebenso für eine Weiterleitung an Dritte, bedarf es Ihrer Einwilligung. Eine solche Einwilligung können Sie nachfolgend freiwillig erteilen:

4. Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken

(bitte ankreuzen; Sollten Sie ein Feld nicht ankreuzen, gilt die jeweilige Einwilligung als verweigert und kann nur mit viel Aufwand geändert werden)

- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungen genutzt werden dürfen.
- Geburtsdatum: Ich erkläre mich einverstanden, dass mein unter Ziffer 1. dieses Formulars eingetragenes Geburtsdatum als Nachweis meiner Geschäftsfähigkeit und als ergänzendes Identifikationsmerkmal in der Datenbank der Tierarztpraxis Huppert gespeichert wird.
- Telefonnummer und/oder Mobilfunknummer: Ich erkläre mich einverstanden, dass die von mir unter Ziffer 1. dieses Formulars eingetragenen Telefonnummern in der Datenbank der Tierarztpraxis Huppert gespeichert und von der Tierärztin/dem Tierarzt sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für Rückfragen, Auskünfte, Terminvereinbarungen genutzt werden dürfen.
- Email: Ich erkläre mich einverstanden, dass die von mir unter Ziffer 1. dieses Formulars eingetragene Emailadresse in der Datenbank der Tierarztpraxis Huppert gespeichert und von der Tierärztin/dem Tierarzt sowie seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für Rückfragen, Auskünfte, Terminvereinbarungen und dem Versand von Befunden (z.B. im Fall eines Umzugs/ Urlaubs) genutzt werden darf.
- Ich willige ein, dass personenbezogene Daten sowie die Daten meiner/meines Tiere/s zur weiterführenden Diagnostik (z. B. an Labore, Kollegen) und im Rahmen evtl. Rechnungserstellung an externe Dienstleister übermittelt werden dürfen (siehe die im Wartezimmer ausliegende Liste externer Dienstleister).
- Chippen: Ich erkläre mich einverstanden, dass die von mir unter Ziffer 1. und 2. eingetragenen Daten und die Chipnummer des meinem/meinen Tier/Tieren implantierten Transponders an das Tierregister TASSO übermittelt und dort gespeichert werden. Sollten Sie nicht einverstanden sein, sind Sie für die Registrierung selbst verantwortlich.
Mir ist bewusst, sollte ich eine Beanstandung, Löschung oder Sperrung der Daten wünschen, muss ich mich direkt mit TASSO in Verbindung setzen.
- Ich willige ein, dass mich die Tierarztpraxis Huppert schriftlich über fällige Impfungen meiner/meines Tiere/s informiert.

Krefeld, den: _____ Unterschrift: _____

5. 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, personalisierter Rechnungen) die von Ihnen angegebenen Daten verarbeitet, um vorvertragliche Maßnahmen durchführen und den Vertrag erfüllen zu können.

* = Pflichtangaben

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. 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 Interessent/Innen aktuell und gezielt über unsere Dienstleistungen, insbesondere in Form von Impferinnerungen und Projekte (Kaninchenimpftag) informieren.

Nutzung der Daten:

Ihre Daten verwenden wir nur zur Abwicklung des Vertrages, zur Beantwortung Ihrer Anfragen, zu Buchhaltungs- und Verrechnungszwecken, für die technische Administration sowie zu weiterer Diagnostik/Therapie durch Speziallabore oder Tierärzten/Tierkliniken.

Dauer bzw. Kriterien für die Festlegung der Dauer der Datenspeicherung:

Wir verarbeiten und speichern Ihre personenbezogenen Daten, solange dies für die Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten erforderlich ist, zum Beispiel die Aufbewahrungsfrist bei Röntgenbildern oder die steuerrechtliche Aufbewahrungsfrist. Diese Aufzählung ist nicht abschließend.

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.

Ihre Rechte:

Sie haben grundsätzlich das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, 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: Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf, Tel. 0211-38424-0, Email poststelle@ldi.nrw.de (Artikel 15 Absatz 1 Buchstabe f) DS-GVO in Verbindung mit Artikel 77 DS-GVO) Ihr Recht auf Einschränkung der Verarbeitung beinhaltet die Befugnis, Ihre Einverständniserklärung zur Weiterleitung Ihrer Daten an Dritte zu widerrufen.

Unsere Kontaktdaten: Tierarztpraxis Huppert, Kölner Str. 649, 47807 Krefeld, 02151/306009, tierarzt-huppert@t-online.de

- Ich habe die "Informationen zum Datenschutz" in der Tierarztpraxis Huppert erhalten, gelesen und verstanden.

Krefeld, den: _____ Unterschrift: _____