Aufnahmeschein und /-bedingungen
für die Aufnahme von Tieren zur ambulanten und stationären Behandlung in der Tierklinik im Tierzentrum

TIERKLINIK IM TIERZENTRUM
ARZT
SHOP
PFLEGE
PENSION
HEIM

Name des Tierbesitzers

Vorname des Tierbesitzers

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Geburtsdatum des Tierbesitzers

Tel. privat

Tel. geschäftlich/Mobil

E-Mail-Adresse

Ich zahle O bar
O mit EC-/Kredit-Karte

Name des Tieres

Tierart (Hund, Katze, andere)

Rasse/Kreuzung aus

Geschlecht: O männlich O weiblich

Kastriert: O ja O nein O unbekannt

Gewicht in kg: _____ Fellfarbe: _____

Tätowierung/Transponder

Geburtsdatum des Tieres

Grund des Besuchs

Haustierarzt

Vorbericht (wird vom Tierarzt ausgefüllt)

Bitte beachten Sie, dass die Behandlung von Tieren abgelehnt werden kann, wenn der/die Tierbesitzer/in bzw. Tiereinlieferer/in fällige Forderungen aus früheren Behandlungen noch nicht beglichen hat.

Das Entgelt für die Behandlung und sonstige Nebenleistungen richtet sich nach der Gebührenordnung für Tierärzte mit der letzten Fassung vom 22. November 2022.

In der **NOTDIENST-BEREITSCHAFT außerhalb der Sprechzeiten** kommt es zur Berechnung im höheren Notdienstsatz der Gebührenordnung für Tierärzte. Zusätzlich wird eine Notdienstgebühr in Höhe von 50,- EUR zzgl. MwSt. erhoben.

Nach Abschluss der Behandlung/Untersuchung erhält der/die Tierbesitzer/in eine Rechnung. Der Rechnungsbetrag ist sofort bei Abholung des Tieres oder nach der Behandlung fällig.

Die Klinik ist berechtigt, auf die Kosten eine angemessene Vorauszahlung zu verlangen. Weiterhin ist sie berechtigt, die Herausgabe des Tieres bis zum vollständigen Ausgleich der Kosten zu verweigern.

Vereinbarungen über Teilzahlungen müssen grundsätzlich **vor** einer Behandlung oder stationären Aufnahme abgesprochen und von der Klinikleitung genehmigt werden.

Der/dieTierarzt/Tierärztin kann nur tätig werden, wenn die Einwilligung zur Datenspeicherung (siehe Rückseite) und Datenverarbeitung vor Aufnahme der Tätigkeit des/der Tierarztes/Tierärztin unterzeichnet vorliegt.

Datum

Unterschrift Tierbesitzer

Tierbesitzer: _____ _____ _____

Name **Vorname** **Kundennr. (bei Bestandskunden)**

Ihre Einwilligung für die Datenspeicherung und Datennutzung

Die auf diesem Aufnahmeschein und /-bedingungen (Behandlungsvertrag) angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, Bankdaten, die allein zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage der DSGVO Art.13 erhoben.

Sie willigen durch Ihre Unterschrift ein, dass Ihre personenbezogenen Daten im Rahmen der Ausführung des Behandlungsvertrages von der Tierärzte Gelnhausen IVC Evidensia GmbH erhoben, elektronisch gespeichert, verarbeitet und genutzt werden.

Dazu gehört auch die Weitergabe der Daten, im Rahmen der Behandlung, an einen Drittdienstleister. Dieses sind:
- veterinärmedizinische Labore, - Praxis für Fachpathologie, - Haustierarzt/ Tierklinik, - Tierkrankenversicherung,
- Tierkrematorium, - Verrechnungsstelle, - Inkassounternehmen.

Eine Weitergabe von Daten an Dritte, beispielsweise zu Werbezwecken, erfolgt nicht!

Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken

☐ Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch für **zukünftige Behandlungsverträge genutzt werden** dürfen.

☐ Ich willige ein, dass mich die Praxis per E-Mail, postalisch oder telefonisch kontaktiert, um mir **Befunde zu übermitteln**, mich an **Impfungen zu erinnern,** über die **Terminplanung** zu informieren und um **Internet-Bewertungen** abzugeben.

☐ Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch im Rahmen einer **Weiterführung der Praxis durch einen Nachfolger** bestimmungsgemäß genutzt werden dürfen

☐ Ich willige ein, dass die Praxis für mich die **Daten an Tasso e.V.**, zur Registrierung meines Tieres, weitergibt.

Gelnhausen, _____ _____

Datum **Unterschrift Tierbesitzer**

Rechte des Betroffenen: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht

Sie sind gemäß Artikel 15 DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber der Praxis um umfangreiche **Auskunftserteilung** zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Gemäß Artikel 17 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber der Praxis die **Berichtigung, Löschung und Sperrung** einzelner personenbezogener Daten verlangen, soweit dem keine anderen gesetzlichen Aufbewahrungsfristen entgegenstehen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem **Widerspruchsrecht** Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an den Vertragspartner übermitteln.

Datenschutzbeauftragte: Bärbel Walther, In den Siefen 3, 66346 Püttlingen, b.walther@propraxis.de