



**DR. MED. VET.
SILKE ANDRAE**
PRAKT. TIERÄRZTIN
Sprechzeiten:
Mo - Fr 11.00 - 12.00
17.00 - 18.30
außer Mittwochnachmittag
und nach Vereinbarung

Dr med vet Silke Andrae Hirschberger Str 64 59557 Lippstadt

Anmeldebogen

Um auch in Zukunft alle Informationen über Ihr Tier sofort zur Hand zu haben, legen wir von jedem Patienten eine Kartei an. Ihre Angaben werden von uns selbstverständlich streng vertraulich behandelt und fallen unter die ärztliche Schweigepflicht.

Besitzer / Begleitperson / Auftraggeber

Name: _____ Beruf: _____
Straße: _____ Ort: _____
PLZ: _____ Telefon (dienstlich): _____
Telefon (privat): _____ Telefax: _____
Mobiltelefon: _____ Geb. Datum: _____
E-Mail: _____

Patient

Rufname: _____ Geschlecht: männlich weiblich
Tierart / Rasse: _____ Kastriert: ja nein
Farbe / Gewicht: _____ Freigänger (Katze) ja nein
Geburtstag/-jahr: _____
Chipnummer: _____ Heimtierausweis-Nr. _____
Tätowierung: _____

Unverträglichkeiten und chronische Erkrankungen sowie bisherige Medikation:

Verfügen Sie über eine Tierkrankenversicherung!? Wenn ja, bitte geben Sie an:

Versicherungsgesellschaft: _____

Versicherungsschein-Nr.: _____

Bitte haben sie Verständnis dafür, dass alle tierärztlichen Behandlungen und Medikamentenabgabe grundsätzlich nicht auf Rechnungen erfolgen können.

Bevorzugte Zahlungsmethode: Barzahlung EC-Cash (mit Geheimzahl)

Lippstadt, den _____

Unterschrift: _____

Name in Druckbuchstaben: _____

Hirschberger Str 64
59557 Lippstadt

Telefon: (0 29 41) 2 20 77
Telefax: (0 29 41) 2 20 80

Bankverbindung:
Volksbank Lippstadt BLZ 416 601 24 Konto-Nr 715 558 201

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 hiermit, 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 Schuldenverzeichnis 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 (Labor, Spezialuntersuchungsstellen u. ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen. Ich zahle die entstehenden Kosten sofern in bar oder per EC-Karte. 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.

Lippstadt, den _____ Unterschrift: _____

Einwilligungserklärung zu Datennutzung zu weiteren Zwecken

Ihre Kleintierpraxis Dr. med. vet. Silke Andrae
Hirschberger Str. 64 | 59557 Lippstadt | Tel. 02941-22077 | Fax. 02941-22080 | kleintierpraxis.lippstadt@aol.de

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die Kleintierpraxis Dr. med. vet. Silke Andrae (verantwortlich: Dr. Silke Andrae) 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 einer Einwilligung. Eine solche Einwilligung kann nachfolgend freiwillig erteilt werden.

- 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 die **Kleintierpraxis Dr. med. vet. Silke Andrae** telefonisch über Laborergebnisse und Terminplanungen informiert.
- Ich willige ein, dass mich die **Kleintierpraxis Dr. med. vet. Silke Andrae** per Post/Mail (Newsletter) informieren darf (z.B. Impferinnerungen).
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch im Rahmen einer Weiterführung der Praxis durch einen Nachfolger weiter bestimmungsgemäß genutzt werden dürfen.
- Ich willige ein, dass die von mir personenbezogenen Daten, die Daten des angegebenen Tieres und die Chipnummer des implantierten Transponders an das TASSO-Haustierzentralregister für die Bundesrepublik Deutschland e.V. Otto-Volger-Str. 15, 65843 Sulzbach übermittelt werden dürfen.
- Ich habe die Datenschutzhinweise gelesen, verstanden und stimme der Vorgehensweise zu.

Lippstadt, den _____ Unterschrift: _____

Name in Druckbuchstaben: _____

Datenschutzhinweis: 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. 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 teilweise bzw. überwiegender Automatisierung (z.B. E-Mailverkehr, Zeichenprogramme) und in Form von archivierten Textdokumentation (z.B. Korrespondenz, Verträge, Pläne, Bescheide, Handakte, personalisierte Rechnungen) die von Ihnen angegebenen Daten verarbeitet, um vertragliche Maßnahmen durchführen und den Vertrag erfüllen zu können.

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 in Impferinnerungen und Projekte (insbesondere über die Veranstaltungen eines "Tags der offenen Tür") informieren.

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. Sie haben grundsätzlich das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkungen 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: Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit NRW, Postfach 200444 (oder Kavalleriestraße 2-4) | 40102 Düsseldorf | Tel. 0211-38424-0, Fax. 0211-38424-10, E-Mail: poststelle@lbv.nrw.de

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

Hirschberger Str. 64
59557 Lippstadt

Telefon: (0 29 41) 2 20 77
Telefax: (0 29 41) 2 20 80

Bankverbindung:
Volksbank Lippstadt · BLZ 416 601 24 · Konto-Nr.: 715 558 201