



Zentrum für Tiergesundheit

Patientenaufnahmeschein

Tierhalter:

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ/Ort

Telefonnummer privat

Telefonnummer mobil

E-Mail oder Fax

Geburtsdatum Tierhalter

Patienten:

Name

Art / Rasse

Geburtsdatum / Alter des Tieres

männlich weiblich

kastriert ja kastriert nein

Farbe

Ist Ihnen aggressives Verhalten Ihres Tieres unter Stress (z.B. beim Tierarzt-Besuch) bekannt? ja nein

Haus-tier-arzt: _____ Ich bin überwiesen: ja nein

Tierkrankenversicherung: ja nein _____
Chip-Nr.

Zahlungsmöglichkeiten (sofort nach Leistungserbringung):

bar/EC-Karte per Rechnung (Verrechnungstelle BFS) **Direktabrechnung Versicherung**
(nur Behandlungskosten) (falls nicht möglich per Rechnung)

Hiermit versichere ich, dass ich Halter des Tieres und/oder berechtigt bin, einen Vertrag über die Behandlung dieses Tieres abzuschließen. Außerdem bestätige ich, dass ich willens und in der Lage bin, sämtliche anfallenden Kosten begleichen zu können. Ich stimme zu, dass an vor- und nach-behandelnde Tierärzte die Befunddaten übermittelt werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift



PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Tierhalter,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Praxisname: Zentrum für Tiergesundheit,
Adresse Im Rollfeld 58, 76530 Baden-Baden
Kontakt Daten: Telefon: 07221 – 920 320 E-Mail: info@tierarzt-baden-baden.de

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Tierarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Tierärzte, tiermedizinische Laboratorien und Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihrem Tier erbrachten Leistungen und zur Klärung von medizinisch ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an uns wenden.

Ihr Praxisteam

Unterschrift des Einwilligenden