



## Anmeldeformular Klein-/ Heimtiere

### Angaben zum Besitzer

Name, Vorname:
Adresse (Straße, Nr., PLZ, Wohnort):
Telefonnummer (FN und mobil):  E-Mail-Adresse:

### Angaben zum Patienten

Tierart/Rasse	Farbe
(Ruf-) Name	Geburtsdatum
weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> kastriert <input type="checkbox"/>	
Aus dem Ausland? von wo: seit wann in Deutschland: Blutuntersuchungen (Reiseprofil) erfolgt? Ja <input type="checkbox"/> – wann? _____ welche?  Nein <input type="checkbox"/>	
Bekannte Vorerkrankungen/ Allergien:	
Bekommt ihr Tier Medikamente, wenn ja welche?	



## Einwilligung nach Art. 6 Abs. 1 Satz 1 a) i.V.m Art.7 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Nach Kenntnisnahme des vorstehenden Datenschutzhinweises wird folgende Einwilligung erteilt:

Mit meiner Unterschrift willige ich,

*(bitte Name einfügen)*

darin ein, dass die Tierarztpraxis Dr. Kathrin Zech die von mir gemachten personen-/ tierbezogenen Angaben, sämtliche gewonnene Erkenntnisse aus Untersuchungen inkl. Bildgebende Verfahren, Blutuntersuchungen, wie auch sämtliche Daten der Fakturierung und des Zahlverkehrs, für die aktuelle und zukünftigen Behandlungen gespeichert werden.

Die zu diesem Zweck verarbeiteten Daten werden nach Zweckerreichung und/oder Ablauf rechtlicher Aufbewahrungsfristen, spätestens jedoch nach 15 Jahren, gelöscht.

Die Informationen zur Datenverarbeitung habe ich gelesen. Zudem wurde ich von der Tierarztpraxis Dr. Kathrin Zech auf meine Rechte aufmerksam gemacht.

Mit Ihrer folgenden Einwilligung geben Sie Ihr freiwilliges Einverständnis zu der vorbeschriebenen Datenverarbeitung in dem vorbeschriebenen Umfang und der beschriebenen Art und Weise.

### Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken:

*(bitte zutreffendes ankreuzen)*

- Ich willige ein, das erhobene Daten soweit erforderlich und notwendig im Rahmen einer tierärztlichen Überweisung an andere Tierarztpraxen/-kliniken übermittelt werden dürfen.
- Ich willige ein, dass im Falle einer Rechnungsstellung die erhobenen Daten zum Zweck der Rechnungsverfolgung weitergegeben werden dürfen. **Im Falle der Streichung dieses Punktes erkläre ich mich bereit, jederzeit nach jeder Behandlung in bar oder mit EC-Karte zu zahlen.**
- Im Zuge des zukünftigen zwischen Ihnen und uns bestehenden Behandlungsvertrags werden Proben des zu behandelnden Tieres zur Auswertung an Labore weitergegeben.

X

Unterschrift, Datum, Ort

Diese Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen oder abgeändert werden. Der Widerruf ist postalisch oder per E-Mail an uns zu senden. Eine Folge des Widerrufs kann jedoch sein, dass wir das Behandlungsverhältnis nicht mehr oder nicht mehr im bisherigen Umfang fortführen können.