Anmeldeformular Neukunde (und Überbringer)

Liebe Tierbesitzerin,
lieber Tierbesitzer,

danke, dass Sie uns _____ anvertrauen.

Bitte lesen Sie dieses Formular sorgfältig und sprechen Sie unsere Mitarbeiter an, wenn Sie Fragen haben. Alle Fragen von Ihnen werden gerne beantwortet.

Für unsere Krankenkartei benötigen wir folgende Angaben **von Ihnen als Tierbesitzer** (bitte in Druckschrift). Falls Sie nicht der Tierbesitzer sein sollten, machen Sie bitte im entsprechenden Feld ein Kreuz.

☐ **Tierbesitzer** **oder** ☐ **Überbringer**

Name: _____ Vorname: _____

Straße/ Hausnr.: _____ PLZ/ Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Tier:

Hund ☐ Katze ☐ anderes Tier: _____

Rasse: _____

Geb.-Datum: _____ Farbe: _____

weibl. ☐ männl. ☐ kastriert ☐ Täto-/Chipnummer: _____

Tierkrankenversicherung: ja ☐ nein ☐ Welche? _____

Bekannte Erkrankungen, aktuelle Medikamente und Unverträglichkeiten:

_____

Letzte Impfung: _____ Letzte Entwurmung: _____

Haustierarzt/bisherige Tierarztpraxis: _____

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und deshalb berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung erforderlicher Behandlungen und Operationen zu schließen. 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.

Über die vorgesehenen Maßnahmen, wesentliche Risiken, Alternativen und voraussichtliche Kosten werde ich angemessen informiert. Operationen, Narkosen und andere aufklärungsbedürftige Eingriffe erfordern eine gesonderte Aufklärung und Zustimmung. Die Abrechnung erfolgt nach der Gebührenordnung für Tierärztinnen und Tierärzte (GOT) zuzüglich berechenbarer Arzneimittel, Materialien, Auslagen und Umsatzsteuer. Im Notdienst gelten die gesetzlichen Notdienstregelungen der GOT. Sind für die Diagnostik externe Labor- oder Spezialuntersuchungen erforderlich, beauftragt die Kleintierpraxis Dr. Strauß diese im eigenen Namen und stellt mir die Kosten in Rechnung.

Ich versichere, dass ich willens und in der Lage bin, die Behandlungskosten am Tag des Praxisbesuches **bar** ☐ **oder per ec-Karte (PIN)** ☐ zu bezahlen. Sollte dies nicht möglich sein, setze ich das Praxisteam noch vor der Behandlung meines Tieres in Kenntnis. Eine Tierkrankenversicherung ändert ohne gesonderte Vereinbarung nichts an meiner Zahlungspflicht.

Bitte kontaktieren Sie mich bevorzugt per ☐ **Telefon** ☐ **Post** ☐ **E-Mail.**

Die Auswahl ist keine Werbeeinwilligung. Für besonders vertrauliche Inhalte stimmen wir einen geeigneten Weg ab; E-Mails können Übertragungsrisiken haben. WhatsApp und Telefonaufzeichnungen werden hierdurch nicht pauschal erlaubt. Die Datenschutzhinweise wurden mir zur Verfügung gestellt. Meine Bestätigung ist keine Einwilligung in freiwillige Verarbeitungen.

Mit meiner Unterschrift erteile ich den vorstehenden Behandlungsauftrag und bestätige meine Angaben.

Datum / Unterschrift: _____

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.

Verantwortliche Stelle und Kontakt
Kleintierpraxis Dr. Jessica Strauß; Am Stadtgut 3f, 06193 Wettin-Löbejün
Praxis-Telefon: 0345-96393636; Praxis-E-Mail: info@kleintierpraxis-strauss.de
Datenschutzbeauftragter: Arne Gronau 0345 96393636; datenschutz@kleintierpraxis-strauss.de

Daten und Verarbeitungszwecke
Wir verarbeiten Namen, Anschriften, Kontaktdaten, Vertretungs-, Vertrags-, Zahlungs- und Korrespondenzdaten sowie zugeordnete Tier- und Behandlungsdaten. Quellen sind Sie selbst, Tierhalter oder Bevollmächtigte, unsere Behandlung sowie eingebundene Praxen, Kliniken und Labore. Bei indirekter Erhebung informieren wir Betroffene nach Art. 14 DSGVO, soweit keine Ausnahme gilt. **Art. 6 Abs. 1 DSGVO:** lit. b für Anbahnung, Behandlung, Termin-/Befundkommunikation und Abrechnung gegenüber Vertragspartnern; lit. c für berufs- und steuerrechtliche Dokumentations-, Aufbewahrungs- und Auskunftspflichten; lit. f für Vertretungskontakte, sichere Organisation/IT und Rechtsverfolgung. Berechtigte Interessen sind verlässliche Kommunikation, IT-Sicherheit und Wahrung von Ansprüchen; entgegenstehende Interessen werden berücksichtigt. Impferinnerungen beruhen auf freiwilliger Einwilligung nach lit. a.

Name und Anschrift des Auftraggebers sowie erforderliche Tier- und Vertretungsangaben werden zur Vertragsabwicklung benötigt; ohne sie kann diese unmöglich sein. Kontaktdaten sind für vereinbarte Rückfragen nötig, alternative Wege können abgestimmt werden. Erinnerungsangaben sind freiwillig.

Empfänger und internationale Verarbeitung
Daten erhalten bei Bedarf befugte Mitarbeitende, Praxen, Kliniken, Labore, IT- und Zahlungsdienstleister, Steuer- und Rechtsberatung, Gerichte, Behörden und auf geeigneter Rechtsgrundlage Versicherer. Auftragsverarbeiter werden nach Art. 28 DSGVO verpflichtet. Wenn unser Team Ihren Anruf gerade nicht persönlich entgegennehmen kann, nimmt die KI-Telefonassistenz Emma (Vetpal GmbH) Ihr Anliegen entgegen. Vetpal transkribiert und fasst Anrufe zusammen, ohne Tonaufzeichnung. Löschung voreingestellt nach 24 Monaten, längstens bis Vertragsende. Verarbeitung grundsätzlich in der EU, Drittlandtransfers laut Vetpal auf Basis des EU-US-Angemessenheitsbeschlusses oder EU-Standardvertragsklauseln. WhatsApp Business (WhatsApp Ireland) ist freiwillig. Wir beantworten nur eingehende Nachrichten und verarbeiten dabei Rufnummer, Nachrichten sowie Ihren Namen und den Ihres Tieres. US-Transfers durch WhatsApp Ireland stützen sich auf den EU-US-Angemessenheitsbeschluss. Rechtsgrundlagen für beide Dienste siehe Punkt 2.

Speicherdauer
Tierärztliche Aufzeichnungen grundsätzlich fünf Jahre, soweit keine Sonderfrist gilt; Buchungsbelege grundsätzlich acht, Bücher und Jahresabschlüsse zehn Jahre nach den einschlägigen Vorschriften. Steuerliche Fristen beginnen regelmäßig am Ende des maßgeblichen Kalenderjahres. Gesetzliche Sonderpflichten, Verfahren oder erforderliche Anspruchssicherung

können längere Speicherung begründen. Danach wird gelöscht oder anonymisiert. Nach Widerruf keine weiteren Erinnerungen; notwendige Einwilligungsnachweise/Sperrvermerke bleiben zweckgebunden begrenzt gespeichert.

Datenschutzrechte
Bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen haben Sie Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung und Datenübertragbarkeit. Einwilligungen können Sie jederzeit für die Zukunft widerrufen; frühere rechtmäßige Verarbeitung bleibt unberührt. Wenden Sie sich hierfür an die Praxis oder den obenstehenden Datenschutzkontakt.

Widerspruch: Gegen Verarbeitung nach Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO können Sie aus Gründen Ihrer besonderen Situation widersprechen. Gegen Direktwerbung ist jederzeit Widerspruch ohne Begründung möglich; diese Nutzung endet dann.

Beschwerden sind bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde möglich, insbesondere am Wohnort, Arbeitsplatz oder Ort des vermuteten Verstoßes. Zuständig für die Praxis: Landesbeauftragter für den Datenschutz Sachsen-Anhalt, Otto-von-Guericke-Straße 34a, 39104 Magdeburg; Postfach 1947, 39009 Magdeburg; poststelle@lfd.sachsen-anhalt.de; www.datenschutz.sachsen-anhalt.de.

Freiwillige Impferinnerungen

☐ **Ja** ☐ **Nein**
Ich willige in die Nutzung meines Namens, der gewählten Kontaktdaten und der benötigten Tier-/Impftermindaten ausschließlich für Impferinnerungen ein. Dies ist freiwillig und ohne Nachteile für die Behandlung ablehnbar oder widerrufbar, zum Beispiel persönlich, per Post oder über den obenstehenden Datenschutzkontakt. Bis zum Widerruf erfolgte Verarbeitung bleibt rechtmäßig. Ohne eindeutige Auswahl und Unterschrift erfolgt kein Versand auf dieser Grundlage. Allgemeine Werbung ist nicht umfasst.

Datum / gesonderte Unterschrift: _____

Optionaler Auftrag zum Befundaustausch

☐ Vorbefunde anfordern ☐ Befunde an weiterbehandelnde Praxis übermitteln

Praxis/ Klinik und Kontakt: _____

Tier/ Behandlung/ Umfang: _____

Ich beauftrage den erforderlichen Befundaustausch für den genannten Behandlungszusammenhang und entbinde die beteiligten Tierärzte im für diesen Befundaustausch erforderlichen Umfang von der Schweigepflicht. Rücknahme für noch nicht erfolgte Übermittlungen ist möglich.

Datum/ gesonderte Unterschrift: _____