

ANMELDEBOGEN UND EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Wir freuen uns, Sie in unserer Tierarztpraxis begrüßen zu dürfen.

Damit wir Ihrem Tier die bestmögliche Behandlung zukommen lassen, Ihre Fragen schnell beantworten und unsere Leistungen ordnungsgemäß abrechnen können, benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Alle Angaben fallen unter die tierärztliche Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Zudem sind wir verpflichtet, bei der Erfassung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten die Bestimmungen der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) sowie des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) einzuhalten, welche seit dem 25.05.2018 gelten.

BITTE BEACHTEN SIE: Im Zusammenhang mit dem Datenschutz haben Sie Rechte. Über diese klären wir Sie in der Belehrung am Ende dieses Formulars auf. Bitte lesen Sie diese Belehrung, bevor Sie das Anmeldeformular ausfüllen.

Wir sind im Rahmen der Erfüllung unserer vertraglichen Pflichten berechtigt, den Vornamen, Nachnamen, Straße, Hausnummer, Postleitzahl und den Wohnort der Tierhalterin bzw. des Tierhalters zu erfassen und diese Daten zu verarbeiten. Ohne diese Daten sind wir verpflichtet, die Behandlung abzulehnen - ausgenommen in einem Notfall.

Für die Erfassung und Nutzung der übrigen personenbezogenen Daten benötigen wir Ihre **Einwilligung**, die Sie im Rahmen dieses Formulars erteilen können.

Die Abgabe der Einwilligung erfolgt freiwillig, d.h. Sie können Ihr Einverständnis verweigern. Die Einwilligung erfolgt stets für einen bestimmten Zweck, über den wir Sie weiter unten informieren.

Bitte tragen Sie Ihre Daten gut lesbar ein:

1. EIGENTÜMERIN BZW. EIGENTÜMER DES TIERES

Anrede : Frau Herr

Vorname : _____

Nachname : _____

Straße : _____

Postleitzahl : _____

Wohnort : _____
Geburtsdatum : _____
Freiwillige Angabe. Erfassung und weitere Nutzung bedarf Ihrer Einwilligung.
Telefon : _____
Freiwillige Angabe. Erfassung und weitere Nutzung bedarf Ihrer Einwilligung.
Mobiltelefon : _____
Freiwillige Angabe. Erfassung und weitere Nutzung bedarf Ihrer Einwilligung.
E-mail : _____
Freiwillige Angabe. Erfassung und weitere Nutzung bedarf Ihrer Einwilligung.

2. Angaben zum Patienten gem. Equidenpaß

Name : _____
Tierart : _____
Rasse : _____
Gewicht : _____
Chipnummer : _____
Lebensnummer : _____
Geschlecht : Stute Wallach Hengst
Geburtsdatum : _____._____._____ **oder geschätztes Alter** _____

Vom Tierarzt im Equidenpaß zu prüfen	
Schlachtpferd: : () Ja () Nein	Gepr.: _____ <small>Datum / Unterschrift</small>

Aufgrund arzneimittelrechtlicher Vorschriften sind wir verpflichtet, die Daten Ihres Pferdes gem. Equidenpaß (Lebensnummer, Transponder-/Chipnummer, Lebensmittelstatus, etc.) dauerhaft zu speichern.

3. ABRECHNUNG DER TIERÄRZTLICHEN LEISTUNGEN

Unsere Leistungen werden nach der Gebührenordnung für Tierärzte (GOT) berechnet. Die Rechnungen werden durch eine externe Verrechnungsgstelle (TVS Münster, Friedrich-Ebert-Str. 57-159, 48153 Münster) erstellt. Alle für die Rechnungslegung erforderlichen Daten, d.h. Ihr Vor- und Nachname und Ihre Anschrift werden der Verrechnungsgstelle zusammen mit unserer Leistungsaufstellung übermittelt. **Dies erfordert Ihre Einwilligung sowie die Entbindung von der tierärztlichen Schweigepflicht.**

Alternativ hierzu können Sie uns auf dem beigefügten Formular eine Einzugsermächtigung zum Einzug unserer Forderung gem. jeweils zugesandter Rechnung erteilen.

4. VERSAND UND ANALYSE VON PROBEN (BLUT, GEWEBE, USW.)

Im Rahmen der Diagnose kann es erforderlich werden, Proben zu entnehmen und zu analysieren, zum Beispiel Blut, Gewebe oder Fell. Die Analyse erfordert den Versand der Probe an ein geeignetes externes Labor unserer Wahl. Wir arbeiten mit folgenden Vertragspartner zusammen:

Laboklin, Steubenstr. 4, 97688 Bad Kissingen / IDEXX Vet Med Lab, Mörikestr. 28/3, 71636 Ludwigsburg / Labor Dr. Böse, Carl-Zeiss-Str.6, 31177 Harsum / Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (Inst. f. Pathologie) / TiHo Hannover (Fakult. f. Veterinärmedizin) / Universität Leipzig (Fakult. f. Veterinärmedizin) / Ludwig-Maximilians-Universität München (Fakult. f. Veterinärmedizin).

Wir können nicht vorab bestimmen, welche der genannten Laborbetreiber wir mit der Analyse der Probe beauftragen. Wir bitten um Ihr Verständnis, dass wir uns insoweit die freie Wahl vorbehalten müssen. Die Probe wird zusammen mit Ihren Vor- und Nachnamen und den Daten Ihres Tieres an das Labor unserer Wahl gesandt. Die Kosten für die Untersuchung der Probe werden über unsere Praxis abgerechnet. **Die Nutzung Ihrer Daten in der soeben beschriebenen Form erfordert Ihre Einwilligung sowie die Entbindung von der tierärztlichen Schweigepflicht.**

5. ÜBERWEISUNG AN KLINIKEN

Wir können im Vorfeld nicht ausschließen, dass die Behandlung Ihres Tieres die Überweisung an eine Pferdeklarinik (im Folgenden PK genannt) erforderlich macht. Einen solchen Schritt sprechen wir selbstverständlich mit Ihnen ab. Abhängig von der aus unserer Sicht notwendigen Therapie kommt eine Überweisung an PK Duisburg / PK Hochmoor / PK Telgte / PK Burg Müggenhausen / PK Leichlingen / PK Kerken / Tierärztliches Kompetenzzentrum Karthaus in Betracht. Wir übermitteln der Klinik Ihren Vor- und Nachnamen, ggf. eine Telefonnummer für Rückfragen der Klinik, Angaben zum Tier sowie unseren Befund. **Die Übermittlung Ihrer Daten erfordert Ihre Einwilligung sowie die Entbindung von der tierärztlichen Schweigepflicht.**

6. Nachfolgend können Sie im Zusammenhang mit den oben gekennzeichneten, personenbezogenen Daten jeweils Ihre

EINWILLIGUNG

erklären.

Sofern Sie als Vertreterin/Vertreter der Eigentümerin/des Eigentümers des Tiers handeln, erfolgt eine etwaige Einwilligung mit Wirkung für und gegen die Vertretene/den Vertretenen.

Sollten Sie ein Feld nicht ankreuzen, gilt die jeweilige Einwilligung als verweigert:

- Geburtsdatum:** *"Ich erkläre mich einverstanden, dass mein unter Ziffer 1. dieses Formulars eingetragenes Geburtsdatum als ergänzendes Identifikationsmerkmal in der Datenbank der Tierarztpraxis Eckhard Günther gespeichert wird."*
- Telefonnummer und/oder Mobilfunknummer:** *"Ich erkläre mich einverstanden, dass die von mir unter Ziffer 1. dieses Formulars eingetragenen Telefonnummern in der Datenbank der Tierarztpraxis Eckhard Günther gespeichert und von dem Tierarzt sowie seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für Rückfragen, Auskünfte, Terminvereinbarungen, etc. genutzt werden dürfen."*
- E-mail:** *"Ich erkläre mich einverstanden, dass die von mir unter Ziffer 1. dieses Formulars eingetragene Emailadresse in der Datenbank der Tierarztpraxis Eckhard Günther gespeichert und von dem Tierarzt sowie seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für Rückfragen, Auskünfte, Terminvereinbarungen **und den Versand von Dateien** genutzt werden darf."*
- Impferinnerungen** *"Ich erkläre mich einverstanden, dass die Tierarztpraxis Eckhard Günther mir unter der o.g. Emailadresse Impferinnerungen für mein Tier zusendet."*

- Abrechnung, Versand Ihrer Daten:** *"Ich erkläre mich einverstanden, dass die Tierarztpraxis Eckhard Günther meinen Vor- und Nachnamen, meine Anschrift sowie die Leistungsaufstellung zwecks Anfertigung der Rechnung an die Tierärztliche Verrechnungsstelle Münster, Friedrich-Ebert-Str. 57-159, 48153 Münster übermittelt. Ich entbinde die Mitarbeiter der Tierarztpraxis insoweit von der beruflichen Schweigepflicht."*
- ODER:**
- Einzugsermächtigung:** *"Ich erteile der Tierarztpraxis Eckhard Günther die Ermächtigung zum Einzug von Forderungen (s. gesondertes Formular)"*
- Probenversand und -analyse, Versand Ihrer Daten an Labore:** *"Ich erkläre mich einverstanden, dass die Tierarztpraxis Eckhard Günther meinen Vor- und Nachnamen sowie Daten meines Tieres im Zusammenhang mit dem Probenversand an bzw. der Analyse durch die Laborbetreiber Laboklin, Steubenstr. 4, 97688 Bad Kissingen / IDEXX, Mörikestr. 2 8/3, 71636 Ludwigsburg / Labor Dr. Böse, Carl-Zeiss-Str.6, 31177 Harsum / Heinrich-Heine-Universität D'dorf (Inst. f. Pathologie) / TiHo Hannover (Fakult. f. Veterinärmedizin) / Universität Leipzig (Fakult. f. Veterinärmedizin) / Ludwig-Maximilians-Universität München (Fakult. f. Veterinärmedizin) an das jeweilige Labor übermittelt. Ich entbinde die Mitarbeiter der Tierarztpraxis insoweit von der beruflichen Schweigepflicht."*
- Kliniken, Überweisung, Versand Ihrer Daten:** *"Sollten die Verantwortlichen der Tierarztpraxis Eckhard Günther mit meinem Einverständnis entscheiden, dass mein Tier an eine Klinik zu überweisen ist, willige ich ein, dass die Mitarbeiter der Tierarztpraxis meinen Vor- und Nachnamen, meine Telefonnummer sowie die Daten meines Tieres und den Befund an die betreffende Klinik weiterleiten. Ich wurde informiert, dass i.d.R. folgende Kliniken für eine Überweisung in Frage kommen:
PK Duisburg / PK Hochmoor / PK Telgte / PK Burg Müggenhausen / PK Leichlingen / PK Kerken / Tierärztliches Kompetenzzentrum Karthaus. Ich entbinde die Mitarbeiter der Tierarztpraxis insoweit von der beruflichen Schweigepflicht."*

7. BELEHRUNG:

Wir, die Tierarztpraxis Eckhard Günther, Obrighovener Strasse 73, 46485 Wesel, sind für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten verantwortlich.

Sie haben im Zusammenhang mit der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Mitarbeiter unserer Tierarztpraxis folgende Rechte:

- > **Recht auf Auskunft, welche Daten wir verarbeiten, auf welcher Rechtsgrundlage bzw. mit welcher Berechtigung, zu welchem Zweck und voraussichtlich für welche Dauer wir die Daten verarbeiten und wem wir diese Daten übermitteln (Artikel 15 Absatz 1 Buchstabe a) bis d) DS-GVO). **Bitte haben Sie Verständnis, dass das Auskunftsrecht nur zugunsten der von der Datenverarbeitung betroffenen Person besteht. Bei Zweifeln müssen wir die Identität der Antragstellerin oder des Antragstellers klären, bevor wir dem Auskunftsanspruch nachkommen. Sollten Sie als Vertreterin oder Vertreter handeln, benötigen wir für die Erteilung der Auskunft eine schriftliche Vollmacht der/des Betroffenen einschließlich der Entbindung von der tierärztlichen Schweigepflicht.****
 - *Wir verarbeiten folgende personenbezogenen Daten: Anrede, Ihren Vornamen, Nachnamen, Ihre Wohnanschrift, d.h. Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Wohnort, Ihr Geburtsdatum, die Festnetznummer, Mobilfunknummer und Emailadresse.*
 - *Wenn Sie sich weigern, Ihren Vornamen, Nachnamen, Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Wohnort anzugeben, sind wir - außer in einem Notfall - verpflichtet die Behandlung zu verweigern. Diese Daten benötigen wir zwingend für die ordnungsgemäße Abrechnung der tierärztlichen Leistungen. Ohne die genannten Daten ist besagte Rechnungslegung nicht möglich.*

Sollten Sie sich weigern, die übrigen Daten anzugeben, kann dies Ihre Identifizierung (Ihr Geburtsdatum), die Kommunikation bzw. Auskunftserteilung (Festnetznummer, Mobilfunknummer, Faxnummer, Emailadresse) oder die Kennzeichnung Ihres Tieres (Chip) erschweren.

- Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Verantwortlichen bzw. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unserer Tierarztpraxis beruht entweder auf einer Rechtsgrundlage, auf der Erfüllung unserer vertraglichen Pflichten (Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe b) DS-GVO) oder auf Ihrer Einwilligung (Artikel 4 Nummer 11, 6 Absatz 1 Buchstabe a), 7 DS-GVO). In Einzelfällen besteht die Möglichkeit, dass wir die personenbezogenen Daten zur Wahrung unserer berechtigten Interessen oder der Interessen eines Dritten über die Vertragserfüllung hinaus verarbeiten müssen (Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe f) DS-GVO).
 - Die Daten werden zum Zwecke der Identifizierung, Vertragserfüllung, ordnungsgemäßen Abrechnung der tierärztlichen Leistungen, Auskunftserteilung, Terminvereinbarung, Versand von Impferinnerungen, Analyse von Proben durch ein Labor sowie der Überweisung an eine Klinik verarbeitet.
 - Wir verarbeiten und speichern Ihre personenbezogenen Daten solange dies für die Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten erforderlich ist, zum Beispiel Aufbewahrungsfrist bei Röntgenbildern oder steuerrechtliche Aufbewahrungsfrist. Diese Aufzählung ist nicht abschließend.
 - Abhängig von der Einwilligung übermitteln wir Ihre Daten gegebenenfalls an die Laborbetreiber Laboklin, Steubenstr. 4, 97688 Bad Kissingen / IDEXX, Mörikestr. 28/3, 71636 Ludwigsburg / Labor Dr. Böse, Carl-Zeiss-Str.6, 31177 Harsum / Heinrich-Heine-Universität D´dorf (Inst. f. Pathologie) / TiHo Hannover (Inst. f. Veterinärmedizin) / Universität Leipzig (Inst. f. Veterinärmedizin) / Ludwig-Maximilians-Universität München (Inst. f. Veterinärmedizin), an die Verrechnungsstelle: TVS , Friedrich-Ebert-Str. 57-159, 48153 Münster
- > Recht auf Berichtigung von falschen oder unvollständigen Daten (Artikel 15 Absatz 1 Buchstabe e) DS-GVO in Verbindung mit Artikel 16 DS-GVO).
- > Recht auf Löschung oder Sperrung von Daten (Artikel 15 Absatz 1 Buchstabe e) DS-GVO in Verbindung mit Artikel 17 Absatz 3 Buchstabe b) DS-GVO).

In diesem Zusammenhang weisen wir auf folgendes hin: Wir können Ihr Recht auf Löschung Ihrer personenbezogenen Daten nur umsetzen, wenn dem keine uns auferlegten gesetzlichen Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten entgegenstehen.

- > Recht auf Einschränkung unserer Datenverarbeitung (Artikel 15 Absatz 1 Buchstabe e) DS-GVO in Verbindung mit Artikel 18 DS-GVO).
- > Recht auf Übertragbarkeit der Daten (Artikel 20 DS-GVO).
- > Widerspruchsrecht (Artikel 21 DS-GVO).
- > Recht auf Beschwerde bei folgender Aufsichtsbehörde: Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf, Telefon 0211-38424-0, Telefax 0211-38424-10, Email poststelle@ldi.nrw.de (Artikel 15 Absatz 1 Buchstabe f) DS-GVO in Verbindung mit Artikel 77 DS-GVO).
- > **Sie können zudem ohne Angabe von Gründen von ihrem Widerrufsrecht Gebrauch machen und die oben erteilte(n) Einwilligung(en) mit Wirkung für die Zukunft widerrufen (Artikel 7 Absatz 3 Satz 1 DS-GVO).**

Die Verarbeitung personenbezogener Daten, welche wir vor Eingang Ihres Widerrufs auf Grundlage Ihrer Einwilligung durchführen, bleibt rechtmäßig (Artikel 7 Absatz 3 Satz 2 DS-GVO).

Wir akzeptieren Ihren Widerruf in jeder Form, d.h. Sie können den Widerruf gegenüber unseren Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern mündlich oder niederschriftlich, schriftlich auf dem Postweg an die Tierarztpraxis Eckhard Günther, Obrighovener Strasse 73. 46485 Wesel, per Email an Guenther.Horsevet@t-online.de oder per Fax unter der 0281 – 56 22 0 erklären (Artikel 7 Absatz 3 Satz 4 DS-GVO).

Einwilligungserklärung an die Tierarztpraxis Eckhard Günther entsprechend der EU - Datenschutzgrundverordnung gem. obiger Angaben:

Unterschrift / Datum
Eigentümerin / Eigentümer des Tieres

Falls Sie als Vertreterin/Vertreter der Eigentümerin/des Eigentümers des Tieres handeln, erhalten Sie eine vollständige Kopie des vorliegenden Anmeldeformulars. Sie verpflichten sich mit Ihrer Unterschrift, diese Kopie der Eigentümerin/dem Eigentümer des Tieres auszuhändigen.

Unterschrift / Datum
Vertreterin / Vertreter

Den vollständigen Gesetzestext der DS-GVO im Amtsblatt der Europäischen Union finden sie als pdf Dokument auf unserer Internetseite verlinkt.

Einzugsermächtigung / SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE 21ZZZ00000786455**

Name: _____

Strasse: _____

Ort: _____

Hiermit ermächtige ich die **Tierarztpraxis Eckhard Günther**, Forderungen gem. zugesandter Rechnungen mittels Lastschrift von meinem unten angegebenen Konto einzuziehen.
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Tierarztpraxis Eckhard Günther auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des Kontoinhabers: _____

Bank: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ort, Datum

Unterschrift