

## Patientenaufnahmeschein

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

### Angaben zum Halter (bitte nur eine Person angeben)

|                   |                                   |
|-------------------|-----------------------------------|
| Anrede:           | Herr __ Frau __ (bitte ankreuzen) |
| Name:             |                                   |
| Vorname:          |                                   |
| Straße / Hausnr.: |                                   |
| PLZ / Ort:        |                                   |
| E-Mail-Adresse:   |                                   |
| Festnetznummer:   |                                   |
| Handynummer:      |                                   |
| Haustierarzt:     |                                   |

Daten wurden nach Vorlage des Personalausweises abgeglichen  von MA \_\_\_\_\_ (Kürzel)

### Angaben zum Patienten

|  |   |
|--|---|
| Name des Tieres:                               |   |
| Tierart:<br>(Hund/Katze/Heimtier)              |   |
| Rasse:<br>(Mischling, Europ. Kurzhaar)         |   |
| Fellfarbe:                                     |   |
| Geburtsdatum:                                  |   |
| Mikrochip-Nr.:                                 |   |
| Geschlecht:                                    | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich |
| Ist Ihr Tier kastriert?                        | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein           |
| Bitte wiegen Sie Ihren HUND vor der Behandlung | aktuelles Gewicht:                      kg                          |

## 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

ferner, 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 Schuldnerverzeichnis des für mich zuständigen Amtsgerichts keine Eintragungen über meine Person aufweist.

Soweit es zur Diagnosefindung erforderlich ist, ermächtige ich die Mitarbeiter der Praxis, Leistungen Dritter (Labore u. ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.

**Ich zahle die entstehenden Kosten sofort im Anschluss an jede Behandlung.**

Mir ist bekannt, dass der Klinik 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/ Kreditkarte zu zahlen.

Norderstedt, \_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Ich bin nicht Halter des Tieres, und gelte somit als „bevollmächtigter Überbringer“, da ich hiermit versichern kann, im ausdrücklichen Auftrag des Tierhalters zu handeln. Fehlt es an einer Bevollmächtigung oder stellt der Tierhalter eine Bevollmächtigung durch mich in Abrede, bestätige ich, **dass ich für die entstehenden Kosten aus der Behandlung aufkomme.**

### **Angaben des bevollmächtigten Überbringers:**

|                   |  |
|-------------------|--|
| Name:             |  |
| Vorname:          |  |
| Straße / Hausnr.: |  |
| PLZ / Ort:        |  |
| E-Mail-Adresse:   |  |
| Festnetznummer:   |  |

Norderstedt, \_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Weitere Informationen zu unserer Berechnungsgrundlage finden Sie hier:



## Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken

Evidensia Tierärztliche Klinik für Kleintiere Norderstedt GmbH  
Kabels Stieg 41  
22850 Norderstedt  
Tel.: 0 40/52 98 94-0  
info@tierklinik-norderstedt.de

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die Evidensia Tierärztliche Klinik für Kleintiere Norderstedt GmbH meine auf der Anmeldung angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhebt.

Für jede darüberhinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen, ebenso für eine Weiterleitung an Dritte, bedarf es regelmäßig Ihrer Einwilligung. Eine solche Einwilligung können Sie nachfolgend freiwillig erteilen.

### **Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken** (bitte ankreuzen)

Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen tierärztlicher Überweisungen an andere Tierarztpraxen, -kliniken übermittelt werden dürfen.

- Die Weiterleitung erhobener Befunde an unseren Haustierarzt/überweisenden Tierarzt (Nichtzutreffendes bitte streichen) ist in Ordnung.
- Ich willige ein, dass \_\_\_\_\_ Auskunft über mein auf Seite 1 genanntes Tier erhält.
- 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 EVIDENSIA Tierärztliche Klinik für Kleintiere Norderstedt GmbH telefonisch über Laborergebnisse und Terminplanung informiert.

Norderstedt, \_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift\_

## 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.

### Erhebung und Verarbeitung von Daten

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 die von Ihnen angegebenen Daten verarbeitet, um vorvertragliche Maßnahmen durchführen und den Vertrag erfüllen zu können.

### Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung:

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. a der DSGVO (Einwilligung).

### Nutzung der Daten

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.

### Ihre Rechte

Sie haben grundsätzlich das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung 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. Dies ist die Landesdatenschutzbehörde Schleswig-Holstein, Holstenstraße 98 in 24103 Kiel.

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

### Unsere Kontaktdaten

Evidensia Tierärztliche Klinik für Kleintiere Norderstedt GmbH, Kabels Stieg 41, 22850 Norderstedt. Unsere Datenschutzbeauftragte erreichen Sie unter [datschutz@tierklinik-norderstedt.de](mailto:datschutz@tierklinik-norderstedt.de)