

## Anmeldeformular

### Besitzer:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_  
PLZ, Stadt: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
Handy: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Tier:

Name: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum : \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_  
Tierart:  Hund  Katze  Kaninchen  Meerschweinchen  
 Sonstige: \_\_\_\_\_  
Rasse: \_\_\_\_\_  
Geschlecht:  männlich  weiblich  kastriert  
Farbe: \_\_\_\_\_  
Chipnummer: \_\_\_\_\_  
Vorerkrankungen: \_\_\_\_\_  
Allergien/Un-  
verträglichkeiten: \_\_\_\_\_  
Dauermedikation: \_\_\_\_\_

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

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.

Uns ist es wichtig, Ihr Tier optimal und umfassend zu behandeln und zu betreuen. Damit uns hierfür bei dem ständig wachsenden Verwaltungsaufwand möglichst viel Zeit zur Verfügung steht, arbeiten wir im Bereich der Abrechnung mit der BFS health finance GmbH zusammen, einem hierauf spezialisierten Tochterunternehmen des Bertelsmann Konzerns. Bitte beachten Sie für weitere Informationen zum Datenschutz unser Informationsblatt.

Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, teilen Sie uns dies bitte bis spätestens 24 Stunden vorher mit. Ansonsten müssen wir Ihnen ausgefallene Termine in Rechnung stellen.

Ebenso ermächtige ich die Tierarztpraxis Düsseldorf, wenn es für die Diagnosefindung erforderlich ist, Leistungen Dritter (externe Labore, Spezialuntersuchungsanstalten u. ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Praxis keine Medikamente zurücknehmen kann, die einmal die Praxis verlassen haben. Eine Mithilfe bei der Behandlung des Tieres erfolgt freiwillig und unter Ausschluss jeglicher Haftung der Praxisinhaber. Ich erkläre mich einverstanden, die Kosten am Tag des Praxisbesuches zu begleichen. Sollte dies nicht möglich sein, setze ich das Praxisteam **vor** der Behandlung davon in Kenntnis.

Mir ist bekannt, dass der Praxis 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.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Korrektheit der oben angegebenen Daten und versichere, dieses Formular gelesen und verstanden zu haben.

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bitte wenden →

## Schriftliche Einwilligung zum Datenschutz

Die im Zusammenhang mit unserem patientenvertraglichen Vertrag angegebenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, Bankdaten, die allein zum Zweck der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben.

Mir ist bekannt, dass Abrechnungsdaten gesetzlichen Erfordernissen gemäß gespeichert werden zur Vorlage gegenüber Behörden und Sozialversicherungsträgern.

## Informationen zur Datenverarbeitung nach der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

### 1. Verarbeitung von personenbezogenen Daten:

Personenbezogene Daten werden von uns nur dann verarbeitet, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder sofern Sie in die Datenverarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten einwilligen.

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten insbesondere im Rahmen einer gesetzlichen Erlaubnis auf der Rechtsgrundlage von Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe b) DSGVO, um einen Behandlungsvertrag mit Ihnen zu erfüllen oder zur Durchführung erforderlicher vorvertraglicher Maßnahmen, welche auf Ihre Anfrage erfolgen. Haben Sie in die Übersendung von Informationen per E-Mail eingewilligt, erfolgt die Datenverarbeitung auf der Rechtsgrundlage von Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe a) DSGVO.

Der Zweck der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten besteht demnach darin, Ihre Anfragen nach Behandlungen zu bearbeiten, die notwendige Krankenakte im Falle einer Behandlung zu führen, zur gesetzlich vorgeschrieben Dokumentation und zur Abrechnung unserer Leistungen. Zu diesen Zwecken dürfen diese Daten auf der Rechtsgrundlage von Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe b) DSGVO auch an Dritte, welche wir zur Erfüllung des Behandlungsvertrages zwingend benötigen, weitergegeben werden (z. B. Überweisungspraxen/-kliniken, Labore, etc.). Sofern Sie in die Übersendung von Informationen per E-Mail eingewilligt haben, besteht der Zweck der Datenverarbeitung darin, Ihnen Informationen über tierärztliche Leistungen und/oder Erinnerungen zu Terminen wie beispielsweise Impfungen oder Entwurmungen zu übersenden.

Eine Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten an andere Dritte erfolgt ansonsten nur, wenn wir dazu gesetzlich verpflichtet sind, um Rechtsansprüche geltend zu machen, gegebenenfalls begangene Straftaten aufzuklären oder sofern Sie ausdrücklich in die Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten einwilligen.

### 2. Rechte des Betroffenen: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht

Ich bin gemäß Artikel 15 DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber der Tierarztpraxis Düsseldorf Dr. Hoelper & Dr. Wuchert GbR um umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu meiner Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Gemäß Artikel 17 DSGVO kann ich jederzeit gegenüber der Tierarztpraxis Düsseldorf Dr. Hoelper & Dr. Wuchert GbR die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Ich kann darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von meinem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Ich kann den Widerruf entweder postalisch oder per E-Mail an: **Tierarztpraxis Düsseldorf Dr. Hoelper & Dr. Wuchert GbR, Eduard-Schloemann-Str. 51, 40237 Düsseldorf, E-Mail: kontakt@tierarztpraxis-duesseltal.de** übermitteln. Es entstehen mir dabei keine anderen Kosten, als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach bestehenden Basistarifen.

### 3. Beschwerde über Datenschutzverstöße bei den datenschutzrechtlichen Aufsichtsbehörden:

Sofern Sie der Ansicht sind, dass Ihre Datenschutzrechte verletzt werden, können Sie sich an die datenschutzrechtliche Aufsichtsbehörde Ihres Bundeslandes wenden.

### 4. Verantwortlicher für den Datenschutz:

Rechtsanwälte Wimmers; Hohenzollernstraße 190; 41063 Mönchengladbach

---

Datum

---

Unterschrift