



## **ANMELDEBOGEN & EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG**

Wir freuen uns, Sie in unserer Tierarztpraxis bzw. bei ihnen vor Ort begrüßen zu dürfen. Bitte füllen Sie den Fragebogen in aller Ruhe aus und geben Sie ihn an uns zurück.

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 (gemäß Art. 6 Abs. 1 b, DSGVO), sowie des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) einzuhalten.

Die für die Durchführung der Behandlung erforderlichen personenbezogenen Daten, d. h. Ihren Namen und Ihre Anschrift, erheben wir auf Grundlage gesetzlicher Berechtigung. Für die Erfassung und Nutzung der übrigen personenbezogenen Daten benötigen wir Ihre Einwilligung, die Sie im Rahmen dieses Formulars erteilen können.

### **BITTE BEACHTEN SIE:**

- **Die Abgabe der Einwilligung erfolgt freiwillig, d. h. Sie können Ihr Einverständnis Jederzeit Im Ganzen oder teilweise per E-mail verweigern.**
- **Die Einwilligung erfolgt stets für einen bestimmten Zweck, über den wir Sie weiter unten informieren.**
- **Sollten Sie für den jeweiligen Zweck keine Einwilligung geben, ist die Durchführung der Behandlung unter Umständen nicht möglich - dies entscheiden wir einzelfallabhängig.**

Für alle Fragen rund um die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten in unserer Praxis bzw. bei unseren Vertragspartnern (z.B. Labore, Überweisungs- und Beratungsärzte, Kliniken) steht Ihnen unser Praxisteam Gerner zur Verfügung.

Bitte tragen Sie Ihre Daten gut lesbar ein (IN BLOCKSCHRIFT):

## 1. EIGENTÜMERIN BZW. EIGENTÜMER DES TIERES

Anrede:  Frau  Herr

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

(Erfassung und weiter Nutzung bedarf Ihrer Einwilligung\*)

E-Mail: \_\_\_\_\_

(Erfassung und weiter Nutzung bedarf Ihrer Einwilligung\*)

## 2. PATIENT

Name: \_\_\_\_\_

Tierart: \_\_\_\_\_

Rasse: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

Herkunftsland: \_\_\_\_\_

Chip/Täto-Nr: \_\_\_\_\_

(Freiwillige Angabe. Erfassung und weiter Nutzung bedarf Ihrer Einwilligung\*)

Geschlecht:  weiblich  männlich

Kastriert:  Ja  Nein

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Oder geschätztes Alter: \_\_\_\_\_

Auslandsaufenthalt?  Ja  Nein

Vorerkrankungen: \_\_\_\_\_

Dauermedikamente: \_\_\_\_\_

Wie haben Sie von uns erfahren \_\_\_\_\_

### 3. ABRECHNUNG DER TIERÄRZTLICHEN LEISTUNGEN

Wir möchten Sie freundlich darauf hinweisen, dass die Untersuchung/Behandlung Ihres Tieres ausschließlich gegen Rechnungsstellung erfolgen kann. Die Berechnung erfolgt nach der Gebührenordnung für Tierärzte (GOT) und richtet sich nach Art, Umfang und Schwierigkeit der durchgeführten Behandlung. Darüber hinaus kann in Einzelfällen per Barzahlung oder EC-Karte abgerechnet werden. Insofern per Rechnung abgerechnet wird, stimmen Sie mit Ihrer Unterschrift einem Rechnungsversand per E-Mail zu.

Zur Vereinfachung der Abrechnung arbeiten wir mit der Tierärztlichen Verrechnungsstelle Heide r.V. (TVH) zusammen. In diesem Zusammenhang werden die zur Abrechnung notwendigen personenbezogenen Daten sowie Informationen zu den erbrachten Leistungen und Medikamenten an die TVH übermittelt. Die Datenverarbeitung erfolgt ausschließlich zu Abrechnungszwecken. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich hiermit einverstanden.

Außerhalb unserer Sprechzeiten erheben wir einen erhöhten Gebührensatz gemäß der GOT. Bei Fragen diesbezüglich wenden Sie sich bitte vor der Behandlung an uns. Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie unseren Zahlungsbedingungen sowie der beschriebenen Datenweitergabe zur Abrechnung zu.

### 4. VERSAND UND ANALYSE VON PROBEN (BLUT, GEWEBEusw.)

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 einen externen Laboranbieter.

Ich erkläre mich einverstanden, dass die Tierarztpraxis meinen Vor- und Nachnamen, meine Anschrift sowie die Daten meines Tieres im Zusammenhang mit dem Versand bzw. der Analyse durch unsere externen Labore übermittelt. Ich entbinde die Mitarbeiter der Tierarztpraxis insoweit von der beruflichen Schweigepflicht. Ich werde informiert, an welches Labor versandt wird.

### 5. ÜBERWEISUNG AN KLINIK BZW. SPEZIALISTEN

Wir können im Vorfeld nicht ausschließen, dass die Behandlung Ihres Tieres die Überweisung an eine Klinik oder eines Spezialisten erforderlich macht. Einen solchen Schritt sprechen wir selbstverständlich mit Ihnen ab.

Wir übermitteln der Klinik/ dem Spezialisten Ihren Vor- und Nachnamen, Ihre Anschrift, sowie unseren Befund. Die Übermittlung Ihrer Daten erfordert Ihre Einwilligung sowie die Entbindung von der tierärztlichen Schweigepflicht.

Sollten die Verantwortlichen der Tierarztpraxis mit meinem Einverständnis entscheiden, dass mein Tier an eine Klinik oder einen Spezialisten zu überweisen ist, willige ich ein, dass mein Vor- und Nachname, meine Anschrift sowie die Daten meines Tieres und der Befund übermittelt wird. Ich werde informiert, welche Klinik bzw. welcher Spezialist für eine Überweisung dann in Frage kommt. Ich entbinde die Mitarbeiter der Tierarztpraxis insoweit von der beruflichen Schweigepflicht.

### 6. EINWILLIGUNG ZU FREIWILLIG ERHOBENEN DATEN:

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

### 7. FOTO- UND MEDIENNUTZUNG

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Fotos und/oder Videos meines Tieres, die im Rahmen eines Aufenthaltes oder einer Behandlung in der Tierarztpraxis entstehen, für Veröffentlichungen in sozialen Medien (z. B. Facebook, Instagram) sowie auf der Website der Praxis verwendet werden dürfen. Die Veröffentlichung erfolgt ausschließlich zum Zweck der Öffentlichkeitsarbeit und Praxisdarstellung. Es werden dabei keine personenbezogenen Daten (z. B. Name oder Adresse des Tierhalters) veröffentlicht.

Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ja, ich bin einverstanden.

Nein, ich bin nicht einverstanden.

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

- Kontakt Daten:** Ich erkläre mich einverstanden, dass die von mir unter Ziffer 1. dieses Formulars eingetragenen Kontaktdaten (Telefonnummer, Mobilnummer, WhatsApp, E-Mail) in der Datenbank der Tierarztpraxis gespeichert und von dem Tierarzt sowie seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für Rückfragen, Auskünfte, Terminvereinbarungen, Impfinformationen und -termine, gelegentliche Informationen und Praxiswerbung sowie dem Versand von Dateien genutzt werden darf.

Datum

Unterschrift (Eigentümer/Eigentümerin des Tieres oder Sie als bevollmächtigter Vertreter)

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.**

Tierarztpraxis **Jennifer Liebmann**

Hauptstr. 23 | 61267 Neu-Anspach <https://www.tierarztpraxis-liebmann.de>