**Anmeldeformular**

**Tierärztliche Praxis für Kleintiere Dr. Ehrhardt & Ehrhardt**   
Karlstraße 9 \* 44575 Castrop-Rauxel

**Annette Ehrhardt** prakt. Tierärztin **Dr. med. vet. Jörg Ehrhardt**Fachtierarzt für Kleintiere

**Besitzer**

Name       Vorname

Straße       Hausnummer

PLZ       Ort

Telefon       Mobil

Email

**Patient**

Name

Tierart  Hund  Katze  Kaninchen  Meerschweinchen

Vogel  Sonstige

Rasse

Geburtsdatum

Geschlecht  männlich  weiblich  kastriert  nicht kastriert

Haarkleid/Farbe

aktuelles Gewicht in kg

besondere Hinweise

bisheriger Tierarzt

Datum       Unterschrift \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Schriftliche Einwilligung in die Datennutzung und elektronische Datenspeicherung gemäß **Datenschutz-Grundverordnung**

Ihre personenbezogenen Daten die zum Zwecke der Durchführung einer Behandlung oder Beratung erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Vorgaben erhoben (Verordnung EU 2016/679 Datenschutz-Grundverordnung, DSGVO, Art. 6 Abs. 1 b) und BDSG 2017) und mindestens 10 Jahre gespeichert. Datenschutzbeauftragter ist Dr. Jörg Ehrhardt (gemäß Art.3 und s DSGVO), erreichbar unter: 02305-581661/info@tierarzt-ehrhardt.de. Für jede Nutzung personenbezogener Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es regelmäßig der Einwilligung des Betroffenen. Eine solche Einwilligung können Sie im Folgenden freiwillig erteilen:

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die Praxisräume z.T. durch Videoüberwachung gesichert sind.

Ich bin mir bewusst, dass die erbrachten tierärztlichen Leistungen, Medikamente und Materialien immer unmittelbar im Anschluss an die Behandlung in voller Höhe zu bezahlen sind (EC-Cash).

Einwilligungserklärung:

Ich bestätige mit meiner Unterschrift mein Einverständnis damit, dass die Tierärztliche Praxis für Kleintiere Dr. Ehrhardt & Ehrhardt **personenbezogene Daten** (wie beispielsweise Name, Adresse, Telefonnummer, E-Mail-Adresse etc.) sowie Daten zu meinen Tieren **elektronisch erfassen und speichern** **darf**. Diese Speicherung erfolgt vor allem zum Zweck der Führung der notwendigen Krankenakte, zur gesetzlich vorgeschriebenen Dokumentation und Abrechnung. Zu diesen Zwecken dürfen diese Daten ggf. auch elektronisch an Dritte weitergegeben werden (z.B. Überweisungspraxen/-kliniken, Inkassounternehmen (Interfactor), FremdLabore (Idexx VetMedLabor, Laboklin, Dr. Kirchhoff), etc.).

Ich bin ausdrücklich darüber aufgeklärt worden, dass diese Einverständniserklärung **freiwillig** ist. 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 verstö6t oder Ihre datenschutzrechtlichen Ansprüche in einer anderen Weise verletzt worden sind, können Sie sich bei der Aufsichtsbehörde -Landesbeauftragte www.ldi.nrw.de beschweren. Sie können diese Einverständniserklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft **schriftlich widerrufen** gemäß (Art. 7 Abs. 3 DSGVO) und S 35 BDSG. Eine Löschung der Daten kann nicht erfolgen, wenn uns (z.B. steuer-) rechtliche Bestimmungen zur Aufbewahrung bzw. zur Speicherung verpflichten. für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen,

**Die Einwilligung ist allerdings rechtliche Voraussetzung dafür, dass eine Behandlung eines Tieres überhaupt durchgeführt werden kann**, da wir ansonsten den gesetzlichen Vorschriften (u. a. aus § 611 ff. BGB, § 14 Abs. 4 UStG in Verbindung mit § 33 UstDV) nicht nachkommen könnten.

Castrop-Rauxel, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift

Darüberhinausgehende Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken (optional):

Ich möchte per **E-Mail** Informationen oder Erinnerungen zu Terminen wie beispielsweise Impfungen, Entwurmungen oder Operationen erhalten. Auch diese Erlaubnis kann ich jederzeit widerrufen.

aktuelle E-Mail