

Voranmeldung Pferde

(bitte in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen)



Eigentümer:

Familienname, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Straße & Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

E-Mail: _____

Telefon-/ Mobilnummer: _____

Auftraggeber: nur auszufüllen, wenn vom Eigentümer abweichend, dann ist jedoch eine Vollmacht notwendig!

Familienname, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Straße & Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Patienten-Daten:

Vorstellungsgrund: _____

Name des Pferdes: _____

Rasse: _____

Farbe: _____

Geburtsdatum (T/M/J): _____

Geschlecht: Stute Wallach Hengst

Letzte Impfung: Tetanus Influenza Herpes West Nile

Letzte Wurmkur: _____

Schlachtpferd: Ja oder Nein

Microchipnummer: _____ Lebensnummer-Nr.: _____

Chronische Krankheiten: _____

Regelmäßige Medikamentengabe: _____

Unverträglichkeiten/ Allergien: _____

Standort des Pferdes: _____

Tierkrankenversichert: Ja Nein / OP Versicherung: Ja Nein

Sind Sie von einem Tierarzt/ Tierärztin überwiesen worden? Nein Ja

Name des Kollegen: _____

Abrechnungsverfahren:

Die tierärztlichen Leistungen werden nach der Gebührenverordnung für Tierärzte im Anschluss an die Behandlung oder bei Abholung des Pferdes nach stationärem Aufenthalt direkt abgerechnet. Ausnahme sind Versicherungsfälle die nicht direkt abgerechnet werden (z.B. OP Versicherung).

Zudem kann auch eine Abrechnung über die Verrechnungsstelle BFS erfolgen.

Ich bitte um die Behandlung meines Pferdes und willige in Ihr Abrechnungsverfahren ein.

Der Auftraggeber bestätigt mit seiner Unterschrift, dass er für die Abwicklung des Behandlungsvertrages vom Eigentümer/Halter des Tieres umfassend bevollmächtigt ist.

Datum _____

Unterschrift _____ (bitte wenden)

Datenschutzvereinbarung

Schriftliche Einwilligung für die Datenspeicherung und Datennutzung

Die im Behandlungsvertrag angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, Bankdaten, die allein zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage der DSGVO Art.13 erhoben.

Die Patientenbesitzer willigen durch ihre Unterschrift ein, dass ihre personenbezogenen Daten im Rahmen der Ausführung des Behandlungsvertrages von der Tierklinik Maischeiderland erhoben, elektronisch gespeichert, verarbeitet und genutzt werden.

Dazu gehört auch die im Rahmen der Behandlung notwendige Weitergabe ihrer Daten, an einen Drittdienstleister. Diese sind: - veterinärmedizinische Labore, - Praxis für Fachpathologie, -Haustierarzt/ Tierklinik, - Hufschmied, - Tierkrankenversicherung, - Tierkrematorium, - Verrechnungsstelle, - Inkassounternehmen.

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

- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt werden dürfen
- Ich willige ein, dass mich die Praxis per E-Mail, postalisch oder telefonisch kontaktiert, um mir Befunde zu übermitteln, mich an Impfungen zu erinnern und über die Terminplanung zu informieren
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch im Rahmen einer Weiterführung der Praxis durch einen Nachfolger bestimmungsgemäß genutzt werden dürfen

Rechte des Betroffenen: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht

Sie sind gemäß Artikel 15 DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber der Praxis um umfang -reiche **Auskunftserteilung** zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Gemäß Artikel 17 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber der Praxis die **Berichtigung, Löschung und Sperrung** einzelner personenbezogener Daten verlangen, soweit dem keine anderen gesetzlichen Aufbewahrungsfristen entgegenstehen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem **Widerspruchsrecht** Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an den Vertragspartner übermitteln.

Bitte informieren Sie sich weiter zu diesem Thema, über die ausliegende Informationspflicht!

Einverständniserklärung Rechnungsversand per E-Mail

Grundsätzlich wünschen wir uns nach einer Behandlung oder einer Medikamentenabgabe eine Bar- oder EC Kartenzahlung. Sollte dies aus bestimmten Gründen nicht möglich sein, bitten wir Sie hiermit um Ihre Einverständniserklärung zum elektrischen Rechnungsversand per Email.

- Ja**, bitte senden Sie mir ab sofort, bis auf Widerruf die Rechnung elektronisch als PDF-Dokument per E-Mail zu.
- Nein**, bitte senden Sie uns Rechnungen in Papierform zu.

Bitte unbedingt auf Seite 1 Ihre E-Mail Adresse eintragen. Vielen Dank!

Datum _____

Unterschrift _____

„Vielen Dank für Ihre Mithilfe und Unterstützung“