

Datenschutzhinweis gem. EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Sehr geehrte Patientenbesitzer/-innen,

am 24.05.2018 endet die Übergangsfrist und die neue EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) tritt in Kraft. Aufgrund Artikel 9 Abs. 2 §22 Abs.1 des Bundesdatenschutzgesetzes sind wir verpflichtet, Sie über folgende Sachverhalte zu informieren und Ihr Einverständnis bestätigen zu lassen, um weiterhin wie gewohnt Ihr Pferd/Ihre Pferde behandeln zu können. Für die Punkte mit Wahlmöglichkeit bitten wir Sie, uns Ihre Wünsche mitzuteilen. Eine Änderung oder Anpassung ist jederzeit möglich.

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die „Tierarztpraxis am Neckelshof“ meine angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhebt, speichert und verarbeitet.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass E-Mail, SMS und WhatsApp und ähnliche Datendienste unverschlüsselt sind und damit Ihre Daten praktisch öffentlich werden können. Wir gehen davon aus, dass, wenn Sie uns per E-Mail oder WhatsApp kontaktieren, Sie auch mit einer Antwort per E-Mail oder WhatsApp einverstanden sind.

Eine Löschung Ihrer Daten ist im Hinblick auf die bestehende Rechtsnorm nur nach Ablauf der Aufbewahrungsfristen möglich.

Tierarztpraxis am
Neckelshof

D 47669 Wachtendonk

Tel 0170-58 35 83 5
Tel 0160 -97 22 91 30

tierarztpraxis@neckelshof.de

www.neckelshof.de

Besitzer:

Vorname: _____ Nachname: _____
 Straße: _____
 PLZ: _____ Wohnort: _____
 Geb.-datum: _____ Stall: _____

Pferd:

Name: _____
 Lebensnr.: _____
 Chip Nr.: _____
 Rasse: _____ Alter: _____
 Farbe: _____ Gewicht: _____
 Geschlecht: Stute o Wallach o Hengst o
 Krankenversicherung: ja o nein o
 OP-Versicherung: ja o nein o
 Schlachtpferd o Nicht-Schlachtpferd o Pass kontrolliert _____
 (Unterschrift TÄ)

Hat Ihr Pferd eine dauerhafte Erkrankung?

Ja ☐ Welche? _____
Nein ☐

Bekommt Ihr Pferd täglich Medikamente?

Ja ☐ Welche? _____
Nein ☐

Hat Ihr Pferd Medikamentenunverträglichkeiten?

Ja ☐ Welche? _____
Nein ☐

Kontakt:

Wie dürfen wir Sie erreichen?

- ☐ Telefon _____
- ☐ Handy _____
- ☐ SMS ☐ WhatsApp
- ☐ E-Mail _____
- ☐ Fax _____
- ☐ Impferinnerung

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 die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen tierärztlicher Überweisungen an andere Tierarztpraxen und Kliniken übermittelt werden dürfen.
- ☐ 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 alle zur Rechnungserstellung notwendigen Daten wie Ihre Anschrift und sonstige Verbindungsdaten sowie die Angaben zu erbrachten Leistungen und die dazugehörigen Diagnosen an die „Tierärztliche Verrechnungsstelle Nordrhein-Westfalen r.V.“ weitergeleitet und die Rechnungsforderungen an diese zum Einzug abgetreten werden.

Datum, Ort _____

Unterschrift _____