

# Anmeldeformular/Behandlungsvertrag

**!Bitte deutlich schreiben (Druckschrift)!**

## Tierhalter

Name: ..... Vorname: .....  
Geburtsname ..... Geburtsort: .....  
Geburtsdatum: ..... PersonalausweisNr: .....  
Straße: ..... Postleitzahl: .....  
Wohnort: .....  
Telefon: ..... Mobil-Nr: .....  
Email-Adresse: .....

## Auftraggeber, falls abweichend vom Tierhalter

Name: ..... Vorname: .....  
Geburtsname ..... Geburtsort: .....  
Geburtsdatum: ..... PersonalausweisNr: .....  
Straße: ..... Postleitzahl: .....  
Wohnort: .....  
Telefon: ..... Mobil-Nr: .....  
Email-Adresse: .....

## Angaben zum Tier

Name: ..... Geb. Datum: .....  
Tierart: Hunde Katze Sonstiges .....  
Rasse: ..... Geschlecht: m w kast  
Chip/Tätowierung: ..... Fellfarbe: .....  
Besonderheiten/OP/Allergie /Dauermedikation: .....  
.....  
Tierkrankenversicherung : nein ja, bei Gesellschaft: .....

**Bitte haben Sie Verständnis, dass alle Leistungen und Medikamente direkt zu begleichen sind.  
Sie können unter folgenden Zahlungsarten wählen**

- Barzahlung
- EC-Zahlung

Ich versichere, dass ich der Halter des Tieres bin und deshalb berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung erforderlicher Behandlungen und Operationen zu schließen. Ich haften selbstschuldnerisch. Für entstehende Kosten aus Untersuchung und Behandlung komme ich am Behandlungstag mit der oben genannten Zahlungsweise auf.

Nach vorheriger Absprache wird **in Ausnahmefällen** eine Rechnung erstellt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich zahlungswillig und zahlungsfähig bin. Ich erkläre in diesem Zusammenhang, dass ich mich zum Zeitpunkt dieser Erklärung in keinem gerichtlichen Schuldverfahren befinde, und dass das Schuldverzeichnis des für mich zuständigen Amtsgericht keine Eintragung über meine Person aufweist.

Sofern ich nicht der 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.

Soweit es zur Diagnosefindung erforderlich ist, ermächtige ich den Inhaber und die Mitarbeiter der Praxis, Leistung Dritter (Labors; Spezialuntersuchungsanstalten u. ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen

**Eine Änderung der Zahlungsfähigkeit, der Adresse, Telefon- bzw Mobilnummer teile ich der Praxis unverzüglich und schriftlich mit.**

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und akzeptiere die Zahlungsbedingungen.

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

## **Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken**

Tierärztliche Kompetenzzentrum Karthaus GmbH  
Niederlassung Ahaus  
Christoph Hellmann

Straße: Holthues Hoff 14

PLZ/Ort: 48683 Ahaus

Telefon/Telefax: 02561 2503

Fax: 02561 962660



Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass das Tierärztliche Kompetenzzentrum Karthaus GmbH Niederlassung Ahaus Christoph Hellmann (verantwortlich: Christoph Hellmann) meine auf der Anmeldung angegebenen personenbezogenen Daten zum Zweck der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhebt.

### **Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken**

- 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, -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 mich die Tierärztliche Praxis Christoph Hellmann telefonisch über Laborergebnisse und Terminplanung informiert.
- Ich willige ein, dass mich die Tierärztliche Praxis Christoph Hellmann per Post und E-Mail informiert.
- Ich willige ein, dass mir die Tierärztliche Praxis Christoph Hellmann Rechnungen, Impferinnerungen etc. per E-Mail schickt
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten zum Zwecke der Abrechnung an Fremdinstitute weiter geleitet werden

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

## **Datenschutzhinweise:**

Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns wichtig. Wir verarbeiten Ihre Daten ausschließlich im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen (EU-Datenschutz-Grundverordnung, Bundesdatenschutzgesetz).  
Nachfolgend informieren wir Sie über die wichtigsten Aspekte der Datenverarbeitung im Rahmen unserer Geschäftsbeziehung.

## **Erhebung und Verarbeitung von Datennutzung:**

Wie verarbeiten jene Daten, die Sie uns als Kunde zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen und bei Abschluss des Vertrages zur Verfügung stellen.

## **Die Datenverarbeitung erfolgt zu folgenden Zwecken:**

Im Rahmen unserer Geschäftsbeziehung werden zumindest mit Hilfe teilweiser bzw. überwiegender Automatisierung (z. B. E-Mailverkehr, Zeichenprogramme) und in Form von archivierten Textdokumenten (z. B. Korrespondenz, Verträge, Pläne, Bescheide, Handakte, personalisierte Rechnungen) die von Ihnen angegebenen Daten verarbeitet, um vorvertragliche Maßnahmen durchführen und den Vertrag erfüllen zu können.

## **Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung:**

Die Datenverarbeitung erfolgt auf Basis des Art. 6 Abs. 1 lt. b der DSGVO (Vertragsanbahnung und -erfüllung) Zum Abschluss und zur Durchführung eines Untersuchungs-/Behandlungsvertrages und um diesen zu Ihrer vollständigen Zufriedenheit abwickeln zu können, benötigen wir Ihre Daten ( Name und Wohnanschrift).

Außerdem erfolgt die Datenverarbeitung auf Basis des Art. 6 Abs. 1 lt. f der DSGVO (berechtigtes Interesse an Marketing und Werbung) bzw. des Art. 6 Abs. 1 lt. a (Einwilligung).

Wir möchten Sie als InteressentInnen aktuell und gezielt über unsere Dienstleistungen, insbesondere in Form von Impferinnerungen und Projekte (insbesondere über Veranstaltungen eines „Tags der offenen Tür“) informieren.

## **Nutzung der Daten:**

Ihre Daten verwenden wir nur zur Abwicklung des Vertrages, zur Beantwortung Ihrer Anfrage, zu Buchhaltungs- und Verrechnungszwecken und für die technische Administration .

Die Löschung Ihrer Daten erfolgt, wenn Ihre Daten zur Erfüllung des mit der Speicherung verfolgten Zweckes nicht mehr erforderlich sind, oder wenn die Speicherung aus gesetzlichen Gründen unzulässig wird. Daten für Abrechnungszwecke und buchhalterische Zwecke werden von einem Löschungsverlangen nicht berührt.

Eine Löschung der Daten kann nicht erfolgen, wenn und rechtliche Bestimmungen zur Aufbewahrung bzw. Speicherung verpflichten.

## **Ihre Rechte:**

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 Datenschutzgesetz verstößt oder Ihre datenschutzrechtlichen Ansprüche in einer anderen Weise verletzt worden sind, können Sie sich bei der Aufsichtsbehörde beschweren.

Ihr Recht auf Einschränkung der Verarbeitung beinhaltet die Befugnis, Ihre Einverständniserklärung zur Weiterleitung Ihrer Daten an Dritte zu widerrufen.

## **Unsere Kontaktdaten:**

Tierärztliche Kompetenzzentrum Karthaus GmbH  
Niederlassung Ahaus  
Praxis Christoph Hellmann  
Holthues Hoff 14  
48683 Ahaus  
02561 2503  
datenschutz@tierarzt-hellmann.de

