

Patientenaufnahmeschein / Aufnahmeformular

(Stand: Januar 2024)

Für unsere Patientenkartei erbitten wir folgende Angaben:
(bitte in Druckschrift ausfüllen; mit *sternmarkierte Felder sind Pflichtfelder!)

Name des Auftraggebers*: _____

Auftraggeber = Tierbesitzer ja nein

Straße*: _____

PLZ/Ort*: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____ Geb. Datum*: _____

Patient:

Name*: _____ Geb. Datum*: _____

Tierart*: _____ Rasse*: _____

Geschlecht*: m w kastr Gewicht: _____

Farbe / Besonderheiten: _____

ChipNr.: _____ Lebensnummer*: _____

Schlachtpferd*: ja nein Turnierpferd: ja nein

Standort: _____

Vorerkrankungen: _____

Unverträglichkeiten (soweit bekannt): _____

OP-Versichert: nein ja, bei Gesellschaft: _____

Tierkrankenversichert: nein ja, bei Gesellschaft: _____

Haustierarzt: _____

Behandlungsvertrag

Ich versichere, dass ich Besitzer des Tieres und deshalb berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung erforderlicher Behandlungen und Operationen zu schließen. Ich versichere ferner, dass ich willens und in der Lage bin, die dadurch entstehenden Kosten zu tragen. Ich erkläre in diesem Zusammenhang, dass ich mich zum Zeitpunkt dieser Erklärung in keinem gerichtlichen Schuldverfahren befinde und dass das Schuldnerverzeichnis des für mich zuständigen Amtsgerichts keine Eintragungen über meine Person aufweist.

Sofern ich nicht Besitzer des Tieres bin, versichere ich im ausdrücklichen Auftrag des Tierbesitzers zu handeln. Fehlt es an einer Bevollmächtigung oder stellt der Tierbesitzer 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 Leistungen Dritter (Labor, Spezialuntersuchungsanstalten u.ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.

Ich zahle die entstehenden Behandlungskosten sofort in bar oder per EC-Karte.
Bei einer Zahlung per Rechnung willige ich ein, dass mir diese per Mail zugestellt werden darf und ich diese bis zum angegebenen Zahlungsziel begleichen werde. Sollte ich das angegebene Zahlungsziel nicht einhalten können, werde ich dies unverzüglich dem Inhaber oder den Mitarbeitern der Praxis mitteilen.

Mir ist bekannt, dass ein Nichtbegleichen der entstandenen Behandlungskosten weitere Bearbeitungsgebühren zur Folge hat, welche ich zusätzlich tragen werde.

Ich willige ein, dass die in diesem Behandlungsvertrag vereinbarten Bedingungen auch für zukünftige Behandlungsverträge gelten.

Ort, Datum

Unterschrift Auftraggeber

Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken

tierärztliche Praxis

Mobile Pferdepraxis Kutscher

Victoria Kutscher

Dorfstraße 33

16833 Dechtow

Tel.: 01763136900

E-Mail: pferdepraxis.kutscher@gmx.de

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die tierärztliche Praxis Mobile Pferdepraxis Kutscher (Verantwortlicher: Victoria Kutscher) meine auf der Anmeldung angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhebt. Für jede darüberhinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen, ebenso für eine Weiterleitung an Dritte, bedarf es regelmäßig Ihrer Einwilligung. Eine solche Einwilligung können Sie nachfolgend freiwillig erteilen.

Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken

(bitte ankreuzen)

Ich willige ein, dass

- die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt werden dürfen.
- die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen tierärztlicher Überweisungen an andere Tierarztpraxen, -kliniken übermittelt werden dürfen
- die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen weiterführender Diagnostik an Untersuchungslabore und Institute übermittelt werden dürfen.
- die tierärztliche Praxis Mobile Pferdepraxis Kutscher folgende Kommunikationswege zur Befundübermittlung, Zustellung von Rechnung und/oder Quittungen, sowie Terminplanung o.a. zur Erfüllung des Behandlungsvertrages notwendige Maßnahmen nutzen darf:
 - telefonisch
 - per Whats-App
 - per mail
 - per Post
 - Ausnahmen: _____
- die erhobenen Daten auch im Rahmen einer Weiterführung der Praxis durch einen Nachfolger weiter bestimmungsgemäß genutzt werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift Auftraggeber



Datenschutzhinweise

Der Schutz Ihrer persönlicher 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 Daten

Wir 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 lit.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 lit.f der DSGVO (berechtigtes Interesse an Marketing und Werbung) bzw des Art. 6 Abs 1 lit.a (Einwilligung). Wir möchten Sie als Interessentinnen aktuell und gezielt über unsere Dienstleistungen, insbesondere in Form von Impferinnerungen und Projekten (insbesondere über Vortragsveranstaltungen etc.) informieren.

Nutzung der Daten

Ihre Daten verwenden wir nur zur Abwicklung des Vertrages, zur Beantwortung Ihrer Anfragen, 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 Ihrer Daten aus gesetzlichen Gründen unzulässig wird. Daten für Abrechnungszwecke und buchhalterische Zwecke werden von einem Löschungsauftrag nicht berührt. Eine Löschung der Daten kann nicht erfolgen, wenn uns rechtliche Bestimmungen zur Aufbewahrung bzw. zur 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 Datenschutzrecht verstößt oder Ihre datenschutzrechtlichen Ansprüche in einer anderen Weise verletzt worden sind, können Sie sich bei der Aufsichtsbehörde beschweren. Dies ist die Landesdatenschutzbehörde (Adresse: Landesbeauftragte für Datenschutz und für das Recht auf Akteneinsicht Brandenburg, Dagmar Hartge, Stahnsdorfer Damm 77, 14532 Kleinmachnow). Ihr Recht auf Einschränkung der Verarbeitung beinhaltet die Befugnis, Ihre Einverständniserklärung zur Weiterleitung Ihrer Daten an Dritte zu widerrufen.

Unsere Kontaktdaten

Mobile Pferdepraxis Kutscher
prakt. Tierärztin Victoria Kutscher
Dorfstraße 3
16833 Dechtow
Tel: 017631399096
e-mail: pferdepraxis.kutscher@gmx.de

Bürozeiten: Mo-Fr: 08:00 – 15:00 Uhr
Terminvereinbarung: [per e-Mail](mailto:per_e-Mail)
Tierärztin, Chiropraktin IAVC
Katrin Purschke Tel: 017681278219
Kaufmännische Leitung & Buchhaltung:
Franziska Kumm Tel: 017663331697