



Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Angaben zum Auftraggeber:		
Name*	Vorname*	Geburtsdatum* <sup>1</sup> (zur Identifizierung)
Straße*	PLZ*	Wohnort*
Telefon privat*	Beruf	
Mobiltelefon	E-Mail	
Telefon dienstlich	Fax	
Ich bezahle (bitte ankreuzen): <input type="checkbox"/> bar <input type="checkbox"/> per EC-Karte <input type="checkbox"/> per Kreditkarte		
Angaben zum Patienten:		
Rufname des Tieres	Tierart / Rasse	Geburtsdatum
Farbe	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> kastriert	Bei Katzen: Freiläufer? <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
Gewicht	Chip-Nr. / Tätowierung	
Vorerkrankungen / Vorbehandlungen:		Dauermedikation / Besonderheiten:
Dient Ihr Tier zur Lebensmittelgewinnung?*		Sind Sie berufs- / gewerbsmäßiger Halter?
<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
Ist Ihr Tier aufgrund seines Haltungs- / Einsatzzweckes ein wirtschaftliches Nutztier? <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein		
Tierkrankenversicherung:      Falls ja – Versicherungsgesellschaft, Versicherungsschein-Nr.:		
Überweisender Tierarzt / Physiotherapeut:		Hiermit gebe ich ausdrücklich an, dass keine Rückmeldung erfolgen soll: <input type="checkbox"/>
Haustierarzt:		Hiermit gebe ich ausdrücklich an, dass keine Rückmeldung erfolgen soll: <input type="checkbox"/>

\* Pflichtfelder

\*<sup>1</sup> nur relevant bei Zahlung per Rechnung

– bitte lesen Sie unsere Datenschutzerklärung und vervollständigen Sie auch die Rückseite –

**Datenschutzhinweise:**

Die Datenverarbeitung erfolgt durch Tiergesundheitszentrum Großendorf PartG mbB -Tierärzte auf Grundlage Art. 6 Abs. 1 lt. b DSGVO zur Erfüllung eines Vertrags, dessen Vertragspartei die betroffene Person ist, oder zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen, die auf Anfrage der betroffenen Person erfolgen. Wir benötigen die Daten zur Durchführung und Abrechnung der Behandlung(en), Verkauf von Medikamenten und Futtermitteln. Angaben zum Tier, der oder den diagnostizierten Krankheit(en) und den Behandlungsverlauf nutzen wir für wissenschaftliche Studien oder Arbeiten. Bei Nichtbereitstellung der Daten führen wir nur zwingend erforderliche Notbehandlungen durch. Neben den Angaben aus diesem Stammdatenblatt erfassen wir die durchgeführten Behandlungen, inkl. Notizen, dazugehöriger Dokumente und Bilddateien (z. B. Ultraschall, Röntgenbilder), Korrespondenz (Brief, E-Mail, Fax), Checklisten sowie ggf. Vorerkrankungen oder tierärztliche Vorbehandlungen des überweisenden Tierarztes. Sofern von Ihnen beauftragt übermitteln wir Ihre Angaben (Name, Anschrift, Rufnummer, E-Mail-Adresse) bei HD-Röntgenaufträgen an den jeweiligen Zuchtverband, sowie nach dem Chippen an TASSO e.V. Eine Auskunft an den überweisenden Tierarzt, Haustierarzt oder Physiotherapeut erfolgt nur unter der Bedingung, dass Sie uns hierfür auf der ersten Seite Ihre Einwilligung gegeben haben. Eine Übermittlung in ein Drittland oder an internationale Organisationen ist nicht vorgesehen.

**O Einwilligung:** Ich willige ein, dass das Tiergesundheitszentrum Großendorf PartG mbB -Tierärzte meinen Namen, Anschrift und Bedarf Rufnummern und E-Mail-Adresse sowie Angaben zum Tier an nachfolgende Dritte weitergeben darf, sofern dies zur Diagnosefindung, Behandlung oder weiteren Vertragserfüllung erforderlich ist:

IDEXX Vet Med Labor | LABOKLIN GmbH & Co KG | Harnsteinanalysezentrum Bonn | TIERKLINIK KALBACH Radiologie | Antech Lab Germany GmbH | Viro Vet Diagnostik UG Gießen | Petbiocell GmbH | Stiftung Tierärztliche Hochschule Hannover Institute | HSB-Blendivet GmbH | Kleintierkrematorium im Rosengarten GmbH | Bioscientia – Institut für med. Diagnostik GmbH |

Vor stationärer Aufnahme und Operationen bitten wir Sie um Vorlage Ihres Personalausweises.

**Zahlung per EC/Kreditkarte:**

Zahlungsabwicklung erfolgt über die Nexi Germany GmbH (Lastschrift/girocard/Kreditkarte), ausführliche Datenschutzrichtlinien der Nexi Germany GmbH finden Sie auf [www.nexi.de](http://www.nexi.de), alternativ erhalten Sie nähere Informationen auch an der Anmeldung.

**Rechnungskunden:**

Unseren Rechnungskunden wird die Rechnung von dem Abrechnungsdienstleister BFS health finance GmbH zugesandt. Vor der Behandlung werden Ihre personenbezogenen Daten, nach Abgleich mit Ihrem Personalausweis, zur Bonitätsabfrage (automatisierte Entscheidungsfindung) und ggf. Rechnungsstellung der Firma BFS health finance GmbH, Hülshof 24, 44369 Dortmund Tel.: 0231-945 362 999 elektronisch übermittelt und uns die Entscheidung über die Annahme der Rechnung mitgeteilt, auf die wir keinen Einfluss haben und die uns gegenüber auch nicht begründet wird. Weitere Angaben hierzu finden, z. B. in der Broschüre der Firma BFS, die am Empfang für Sie bereitliegt. Soweit der Rechnungsbetrag ihrerseits vollständig beglichen wurde, werden die Daten dieser Forderung nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gemäß § 257 Abs. 1 und Abs. 4 HGB (10 Jahre) gelöscht bzw. anonymisiert. Sie haben jederzeit das Recht unentgeltlich Auskunft über Herkunft, Empfänger und Zweck Ihrer gespeicherten personenbezogenen Daten zu erhalten. Sie haben außerdem ein Recht, die Berichtigung, Sperrung, Löschung oder Datenübertragung dieser Daten zu verlangen.

Weitere Informationen zum Thema Datenschutz erhalten Sie auf Wunsch an der Anmeldung. Zudem steht Ihnen unser Datenschutzbeauftragter *Joachim Löwe (externer Datenschutzbeauftragter), vetQM GmbH, van-Melle-Straße 1 in 32760 Detmold, Telefon: 03727-640674* zur Verfügung. Des Weiteren steht Ihnen ein Beschwerderecht bei der zuständigen Datenschutz-Aufsichtsbehörde zu.

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und/oder berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistungen bzw. den Erwerb der med. Produkte des Tiergesundheitszentrum Großendorf PartG mbB -Tierärzte zu schließen und die für die Behandlung, Diagnosefindung und Rechnungsstellung erforderlichen personenbezogenen Daten des Tierhalters an das Tiergesundheitszentrum Großendorf PartG mbB -Tierärzte weiterzugeben. Sofern ich nicht 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.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Personalien und gebe den Auftrag zur Untersuchung /Behandlung bzw. Operation meines Tieres. Soweit es zur Diagnosefindung erforderlich ist, ermächtige ich den Inhaber und die Mitarbeiter der Praxis, Leistungen Dritter (Labors etc.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen. Für sämtliche Auseinandersetzungen erkenne ich Bersenbrück als Gerichtsstand an.

Bramsche, (Datum)	Unterschrift
-------------------	--------------