



## Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken

Um die Behandlung Ihres Tieres/ Ihrer Tiere zu dokumentieren, rechtliche Vorgaben zu erfüllen und Daten verarbeiten zu dürfen, ist es erforderlich Ihre persönlichen Daten in der Tierarztpraxis zu speichern.

Es handelt sich hierbei um Ihren Namen, Ihre Anschrift, Ihr Geburtsdatum. Weiter werden Daten zur Behandlung Ihres Tieres und die Kosten erfasst. Diese Daten geben wir weiter an den Verein moveta r.V.k.V., der mit der Erstellung der Rechnung und Abwicklung der Zahlung beauftragt ist.

Eine Weitergabe an Dritte, beispielsweise zu Werbezwecken, erfolgt nicht.

Die Vorschriften des Datenschutzes (BDSG,DSGVO) verlangen eine Einwilligung in die Datenspeicherung und Datenverarbeitung. Daher bitten wir Sie, diese Einwilligung zu unterschreiben.

Name und Vorname  
des Tierbesitzers/Auftraggebers: .....

Geburtsdatum: .....

Straße und Hausnummer: .....

PLZ, Wohnort: .....

Telefon-Nr. privat: ...../.....Telefon-Nr. dienstl.: ...../.....

e-Mail Adresse: .....

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die **Tierarztpraxis Schlawinsky GmbH** (verantwortlich: **Stepan Schlawinsky**) meine, auf der Anmeldung angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhebt.

Für jede darüber hinausgehende 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

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 **Tierarztpraxis Schlawinsky GmbH** telefonisch über Laborergebnisse und Terminplanung informiert.

Ich willige ein, dass mich die **Tierarztpraxis Schlawinsky GmbH** per Post informiert.

Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch im Rahmen einer Weiterführung der Praxis durch einen Nachfolger weiter bestimmungsgemäß benutzt werden.

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



# KLEINTIER ZENTRUM DAHLENBURG

Name und Vorname

des Tierbesitzers/Auftraggebers: .....

Geburtsdatum .....

Straße und Hausnummer: .....

PLZ, Wohnort: .....

Telefon-Nr. privat: ...../..... Telefon-Nr. dienstl.: ...../.....

e-Mail Adresse: .....

**Bei uns werden alle Leistungen und Medikamente sofort nach jeder Behandlung abgerechnet. Wir danken für Ihr Verständnis!**

Gewünschte Zahlungsart:  bar  Bankkarte mit PIN

**Patientendaten**  Hund  Katze  sonstiges .....

Name: ..... Rasse:.....

geb. am: ..... / bzw. geschätztes Alter: .....

Farbe und Abzeichen: .....

Chip: .....

EU-Heimtierausweis-Nr.: .....

Geschlecht:  männlich  weiblich  kastriert am: .....

Zuchttier:  ja  nein Bissig: ja  nein

Verhaltensprobleme: .....

bisherige Erkrankungen soweit bekannt: .....

vorausgegangene Operationen: .....

Unverträglichkeiten soweit bekannt: .....

Hiermit bestätige ich, dass die oben gemachten Angaben von mir korrekt ausgefüllt wurden.

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