TIERARZTPRAXIS LUDWIG
AUF DEM FLUR 37
35282 RAUSCHENBERG

TEL: +49 (0) 6425 7029548
FAX: +49 (0) 6425 7029549

MAIL: INFO@TIERARZT-RAUSCHENBERG.DE
WEB: HTTPS://TIERARZT-RAUSCHENBERG.DE

TIERARZTPRAXIS LUDWIG

Einwilligung zur Datennutzung

Mit meiner Unterschrift willige ich

_____ (bitte Namen einfügen)

darin ein, dass die Tierarztpraxis Ludwig meine auf der Anmeldung angegebenen personenbezogenen Daten zum Zweck der Durchführung des 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 Zutreffendes 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, -kliniken übermittelt werden dürfen.
- ☐ Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen weiterführen-der Diagnostik an Untersuchungslabore und Institute übermittelt werden dürfen, unter Umständen auch ins Ausland.
- ☐ Ich willige ein, dass mich, bzw. die von mir bevollmächtigte Person, die Tierarztpraxis Ludwig telefonisch oder per E-Mail über Laborergebnisse und Terminplanung zu informiert.
- ☐ Ich willige ein, dass im Falle einer Rechnungsstellung die erhobenen Daten zum Zwecke der Rechnungs-verfolgung weitergegeben werden dürfen. Im Falle der Streichung dieses Punktes erkläre ich mich bereit, jederzeit nach jeder Behandlung Bar oder mit EC-Karte zu zahlen
- ☐ Ich bevollmächtige folgende Personen, in meinem Auftrag zu handeln:

  _____

  _____

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

TIERARZTPRAXIS LUDWIG
AUF DEM FLUR 37
35282 RAUSCHENBERG

TEL: +49 (0) 6425 7029548
FAX: +49 (0) 6425 7029549

MAIL: INFO@TIERARZT-RAUSCHENBERG.DE
WEB: HTTPS://TIERARZT-RAUSCHENBERG.DE

Behandlungsvertrag

Ich versichere, dass ich Halter des vorgestellten 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 Schuldverzeichnis des für mich zuständigen Amtsgerichtes keine Eintragung über meine Person aufweist.

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 entsprechenden Kosten aus der Behandlung aufkommen werde.

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

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen von meinem Widerspruch Gebrauch machen kann und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen kann. Der Widerruf muss postalisch an die Tierarztpraxis Ludwig übermittelt werden.

Ich zahle entstehende Kosten sofort in bar oder per EC-Karte. Mir ist bekannt, dass der Praxis ein Zurückbehaltungsrecht an dem zu behandelnden Tier zusteht, wenn ich nicht bereit oder dazu in der Lage bin, die durch die Behandlung des Tieres entstandenen Kosten in bar oder per EC-Karte zu zahlen.

_____

Datum / Unterschrift