



KLINIK UND PRAXIS FÜR KLEINTIERE

Einwilligung zur DSGVO

Auftraggeber*in:

Waren Sie schon einmal bei uns? Wenn ja, wann? _____

Name: _____

Vorname: _____

Titel: _____

Geb.-Datum*: _____

(*Angabe kann von uns zur Identifikation bei telef. Auskünften genutzt werden)

Tier: Name: _____

Geb.-Datum: _____

Fellfarbe: _____

Ggf. überweisende / Haustier-Ärzt*innen:

- Ja**, bitte geben Sie bis auf Widerruf meine Daten an die überweisenden / Haustier-Ärzt*innen weiter
 Nein, bitte geben Sie bis auf Widerruf **keine** Daten an die überweisenden / Haustier-Ärzt*innen weiter

Weitergabe von personenbezogenen Daten, Angaben zum Tier und Behandlungsverlauf an Dritte:

- Ja**, ich willige ein, **Nein**, ich willige **nicht** ein,

dass meine Daten, Angaben zum Tier und Behandlungsverlauf im erforderlichen Umfang, wie in der zur Verfügung gestellten Information zur Datenverarbeitung weitergegeben werden dürfen. Hier sind ebenfalls weitere Details, Wege des Widerrufs sowie eine Liste der externen Empfänger zu finden.

Kommunikation allgemeiner praxisbezogener Informationen und Zusatzleistungen:

- Ja**, ich willige ein, **Nein**, ich willige **nicht** ein,

dass meine Daten im erforderlichen Umfang zur Kommunikation von z.B. Änderungen der Sprechzeiten, Informationen zu Leistungen, Erinnerungen an Nachfolgetermine, wie in der zur Verfügung gestellten Information zur Datenverarbeitung verwendet werden dürfen. Hier sind ebenfalls alle Details zur Datenverarbeitung zu finden.

Mit meiner folgenden Unterschrift erkläre ich, die gesamten Behandlungs-, Medikamenten- sowie sämtliche intern und extern angefallenen Laborkosten in Bar o. per EC-/Kredit-Karte sofort und vollständig zu entrichten. Ich bin zahlungsfähig und habe keine Eidestattliche Versicherung abgegeben. Außerdem erkläre ich mich mit der Speicherung und Weiterverarbeitung meiner personenbezogenen Daten, insbesondere mit der Hinterlegung einer Kopie meines Personalausweises und dem Einholen einer Bonitätsauskunft zu meiner Person, einverstanden.

- Ich habe die Informationen über die Datenverarbeitung erhalten und bin damit einverstanden.

Lüneburg, den _____

Unterschrift:

(Auftraggeber*in)



KLINIK UND PRAXIS FÜR KLEINTIERE