

Anmeldung



KLEINTIER PRAXIS
DR. MARIANNE NIEDER

Ihre Kontaktangaben

Vorname, Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Ort: _____

E-Mail: _____ Tel: _____

Nr.-Personalausweis: _____

Angaben zum Tier

Name des Tieres: _____ Geburtsdatum: _____

(Wenn nicht bekannt, ungefähres Alter)

Geschlecht: _____ kastriert: Datum der letzten Impfung: _____

EU-Ausweisnr.: _____ Chipnr.: _____

Tierart: _____ Rasse: _____ Freigang: Gruppenhaltung:

(Nur bei Katzen)

(Nur bei mehreren Katzen)

Farbe: _____ Bekannte Vorerkrankung bzw. Dauermedikation: _____

Gewicht: _____ Tier eines landwirtschaftl. Bestands: Ich bin gewerbl. Tierhalter*In:

Tier mit hoheitl. Aufgaben, z. B. Polizei: Das Tier dient der Lebensmittelgewinnung:

Name der Versicherung/Nr.: _____ OP-Versicherung: Vollversicherung:

Halter*In des Tieres ist: _____

(nicht erforderlich falls Sie selber Halter*In sind)

Tier aus dem Ausland / längerer Auslandsaufenthalt? _____

(Sofern ja, Ort und Datum)

Bei Überweisung: Angaben zum überweisenden Tierarzt / zur überweisenden Tierärztin

Name: _____ Wünschen Sie eine Rücküberweisung? Ja: Nein:

Adresse: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von: _____ Überweisung: Notdienst: Facebook:

(namentliche Nennung gewünscht)

Webseite: _____ beim Vorbeifahren gesehen: Sonstiges:

Sehr geehrte Kundinnen und Kunden,

herzlich willkommen in der Kleintierpraxis Dr. Marianne Nieder, Holter Straße 289 in 33758 Schloß Holte-Stukenbrock, Tel. 05207 921870, E-Mail: info@drnieder.de betrieben von der Tierarzt Plus Rheda-Wiedenbrück GmbH, Friedhofsweg 2, 33378 Rheda-Wiedenbrück, Geschäftsführung: Dr. Marianne Nieder, Dr. Elke Maria Kalvelage, Dr. Susanne Schepers, Kim Middeldorf, eingetragen im Handelsregister des Amtsgerichts Gütersloh, HRB 12014 („uns/wir“ oder „Praxis“).

Bitte füllen Sie diese „Anmeldung“ auf der Vorderseite sorgfältig aus, lesen Sie den „Behandlungsvertrag“ auf der Rückseite in Ruhe durch und unterschreiben Sie diesen. Wir nehmen Datenschutz ernst. Deswegen erteilen Sie uns bitte zudem Ihre „Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten“ durch Ihre umseitige Unterschrift, damit wir mit der tierärztlichen Behandlung des Tieres beginnen können.

Bitte Rückseite beachten!

Tierärztlicher Behandlungsvertrag

Allgemeines

1. Sie beauftragen uns mit der Untersuchung, Behandlung und/oder ggfs. der Operation des Tieres (die „**Behandlung**“).
2. Sie versichern, dass Sie Halter*In des o.g. Tieres und/oder – z.B. im Auftrag der Tierhalterinnen und Tierhalter – berechtigt sind, diesen Vertrag über eine Behandlung mit uns einzugehen, d.h. Sie erklären, dass der/die Tierhalter*In mit der Behandlung einverstanden ist.
3. Unabhängig davon versichern Sie, dass Sie uns persönlich die dabei nach der Gebührenordnung für Tierärzte („GOT“) anfallenden Gebühren und Kosten gegen Erhalt einer entsprechenden Rechnung bezahlen werden. **Eine solche Bezahlung kann ~~per EC-/Kreditkarte erfolgen~~, sofern dies nicht in Ausnahmefällen in Form einer individuellen Ergänzung dieses Vertrages über eine externe Abrechnungsstelle erfolgt.** Die Bezahlung hat im Anschluss an die Behandlung oder bei Operationen bei Abholung des Tieres zu erfolgen. Bei Vorstellung des Tieres im Notdienst fällt ein Zuschlag nach der GOT an. Wir bitten Sie, vereinbarte Termine bei Verhinderungen spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Andernfalls erlauben wir uns die Berechnung einer Ausfallgebühr von 30,- Euro
4. Soweit es für eine tierärztliche Diagnose erforderlich ist, ermächtigen und bevollmächtigen Sie uns, Leistungen Dritter (wie Labor- oder Spezialuntersuchungen) in Ihrem Namen und auf Ihre Rechnung in Anspruch zu nehmen und für Sie auszuliegen.
5. Auf Nachfrage erteilen wir Ihnen vor der Behandlung eine Gebühren- und Kostenschätzung.

Sonstige Informationen zu unserer Praxis

1. Zuständige Aufsichtsbehörde: Tierärztekammer Westfalen-Lippe, Goebenstr. 50, 48151 Münster, Tel. 0251 53594-44, E-Mail: info@tieraerztekammer-wl.de
2. Berufshaftpflicht: ALTE LEIPZIGER Versicherung AG, Tel. 06171 6600
3. Für unsere Praxis und diesen Vertrag gelten folgende berufsrechtliche Regelungen:
 - Bundestierärzteordnung (www.gesetze-im-internet.de/bt_o/BJNR004160965.html)
 - Gebührenordnung für Tierärzte GOT www.bundestieraerztekammer.de/tieraerzte/beruf/got/
 - Berufsordnung der Landestierärztekammer Westfalen-Lippe und Heilberufsgesetz NRW (HeilBerG) www.tieraerztekammer-wl.de/fuer-tieraerzte/rechtsgrundlagen/

X Hier unterschreiben

Ort, Datum

Unterschrift Tierhalterin / Tierhalter (bei Minderjährigen durch Erziehungsberechtigte)

Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Hiermit erteile ich meine Einwilligung, dass die Praxis meine auf der Anmeldung angegebenen Daten zum Zwecke der Durchführung des obigen und zukünftiger Behandlungsverträge mit der Praxis erhebt und verarbeitet. Für jede darüber hinausgehende Datenverarbeitung und -weitergabe an Dritte ist meine Einwilligung erforderlich. Die Datenverarbeitung erfolgt auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 a), b) und f) DSGVO. Die Datenschutzerklärung der Praxis, einsehbar unter www.praxis-nieder.de/datenschutzerklaerung/, kann mir auf Verlangen von der Praxis aber auch als Ausdruck zur Verfügung gestellt werden.

Weiterhin erteile ich hiermit meine Einwilligung dahingehend (bitte Nichtzutreffendes streichen)

- dass die erhobenen Daten – soweit erforderlich und notwendig – im Rahmen tierärztlicher Überweisungen an andere Tierarztpraxen bzw. -kliniken übermittelt werden dürfen,
- dass die erhobenen Daten – soweit erforderlich und notwendig – im Rahmen weiterführender Diagnostik an Untersuchungslabore und -institute übermittelt werden dürfen,
- dass die erhobenen Daten, wenn das Tier versichert ist, an die Krankenkasse übermittelt werden dürfen,
- dass die erhobenen Daten in Ausnahmefällen in Form einer individuellen Ergänzung des Behandlungsvertrages auch an eine externe Verrechnungsstelle weitergegeben werden dürfen,
- dass die erhobenen Daten auch im Rahmen einer Weiterführung der Praxis durch einen oder mehrere Nachfolger*Innen weiter bestimmungsgemäß verarbeitet werden dürfen,
- dass die Praxis mich telefonisch, per unverschlüsselter E-Mail, per SMS und/oder Post über tierärztliche Behandlungen und Laborergebnisse und die weitere Terminplanung der tierärztlichen Behandlung (inkl. Impferinnerungen) informiert und mich entsprechend kontaktiert,
- dass die Praxis mich telefonisch, per unverschlüsselter E-Mail, per SMS und/oder per Post aktuell und gezielt über ihre Dienstleistungen, Projekte, Kundenbindungsmaßnahmen etc. informiert und mich entsprechend kontaktiert.

X Hier unterschreiben

Ort, Datum

Unterschrift Tierhalterin / Tierhalter (bei Minderjährigen durch Erziehungsberechtigte)

Widerrufsbelehrung

Ihre Einwilligung können Sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Datenverarbeitung und gesetzlichen Erlaubnistatbestände bleiben vom Widerruf unberührt. Sofern Ihre Daten bei uns gem. Art. 6 Abs. 1 S. 1 f) DSGVO verarbeitet werden, können Sie gem. Art. 21 DSGVO Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen. Der Widerruf bzw. Widerspruch ist mündlich, telefonisch, schriftlich oder per E-Mail an uns zu richten, also an:

Kleintierpraxis Dr. Marianne Nieder, Tierarzt Plus Rheda-Wiedenbrück GmbH, Holter Straße 289 in 33758 Schloß Holte-Stukenbrock, Tel. 05207 921870, E-Mail: info@drnieder.de

Einverständniserklärung

zur Übernahme der Patientendaten



KLEINTIER PRAXIS
DR. MARIANNE NIEDER

Personendaten

Vorname: _____ Nachname: _____

Straße & Nr.: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Telefon (privat / mobil): _____

E-Mail: _____

Liebe Patientenbesitzerinnen und Patientenbesitzer,

Sie sind schon über Jahre treue Kunden von uns. Damit wir uns in Zukunft noch besser auf unsere veterinärmedizinischen Aufgaben konzentrieren können, haben wir uns zum 01.10.2021 einem veterinärmedizinischen Netzwerk angeschlossen. In den letzten Jahren sind die administrativen Aufgaben unserer Arbeit immer mehr geworden. Durch einen Partner an unserer Seite können wir uns gezielter auf unsere Kernaufgaben konzentrieren und haben mehr Zeit für Sie und Ihre Tiere!

Die wichtigste Neuerung wird die Änderung der Gesellschaftsform sein. Die Kleintierpraxis Dr. Marianne Nieder wird rechtlich in eine GmbH umgewandelt. Für Sie bleibt aber alles wie es ist.

Um die bekannte Patientenhistorie Ihres Tieres weiter nutzen zu können, benötigen wir Ihre Einwilligung. Nur so dürfen wir weiterhin auf Ihre gespeicherten, personenbezogenen Daten und auf die Daten Ihres Tieres zugreifen.

Ihre Einverständniserklärung ist selbstverständlich freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Vielen Dank für Ihr Verständnis und Ihre Hilfe. Wir freuen uns auf weitere, vertrauensvolle Zusammenarbeit.

Ihr Praxisteam

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass meine personenbezogenen Daten (Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse etc.) sowie die Patientenakte meiner bis zum 30.09.2021 behandelten Tiere an die Kleintierpraxis Dr. Marianne Nieder, Tierarzt Plus Rheda Wiedenbrück GmbH übermittelt und zur weiteren Behandlung meiner Tiere verarbeitet und genutzt werden dürfen.

Die Datenschutzerklärung der Praxis, einsehbar unter www.praxis-nieder.de/datenschutzerklaerung/, kann mir auf Verlangen durch die Praxis aber auch als Ausdruck zur Verfügung gestellt werden.

Hiermit erkläre ich, dass ich die Datenschutzerklärung der Kleintierpraxis Dr. Marianne Nieder, Tierarzt Plus Rheda Wiedenbrück GmbH und meine dort genannten Betroffenenrechte nach der DSGVO zur Kenntnis genommen habe und damit einverstanden bin, dass diese meine personenbezogenen Daten zu den in der Datenschutzerklärung genannten Zwecken verarbeitet. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis jederzeit unter den in der Datenschutzerklärung angegebenen Kontaktdaten oder per E-Mail an info@drnieder.de widerrufen kann.

Weiterhin erteile ich hiermit meine Einwilligung dahingehend (bitte Nichtzutreffendes streichen),

- dass die Praxis mich telefonisch, per unverschlüsselter E-Mail, per Kurznachricht und/oder Post über tierärztliche Behandlungen und Laborergebnisse und die weitere Terminplanung der tierärztlichen Behandlung informiert und mich entsprechend kontaktiert
- dass die Praxis mich telefonisch, per unverschlüsselter E-Mail, per Kurznachricht und/oder per Post aktuell und gezielt über ihre Dienstleistungen, Projekte, Kundenbindungsmaßnahmen (z.B. Impferinnerungen) etc. informiert und mich entsprechend kontaktiert.

Schloß Holte-Stukenbrock, den: _____

Unterschrift: _____

Kleintierpraxis Dr. Marianne Nieder

Holter Straße 289 | 33758 Schloß Holte-Stukenbrock | Tel. 05207 921870 | E-Mail info@drnieder.de

betrieben von der Tierarzt Plus Rheda-Wiedenbrück GmbH | Friedhofsweg 2 | 33378 Rheda-Wiedenbrück

Geschäftsführung: Dr. Marianne Nieder, Dr. Elke Maria Kalvelage, Dr. Susanne Schepers, Kim Middeldorf

Amtsgericht Gütersloh | HRB 12014