

Anmeldung

Bitte Rückseite beachten!



Ihre Kontaktangaben

Vorname: Nachname:

Straße, Hausnr.: PLZ, Ort:

Tel: , Geb.-Datum:
(Festnetz) (Mobilnummer)

E-Mail:

Angaben zum Tier

Name des Tieres: Tierart:

Rasse: Geburtsdatum:
(Wenn nicht bekannt, ungefähres Alter)

Geschlecht: kastriert: Gewicht: Farbe:

Chipnr.: EU-Ausweisnr.:

Tier eines landwirtschaftl. Bestands: Gewerbl. Tierhalter*In: Freigang: Gruppenhaltung:
(Nur bei Katzen) (Nur bei mehreren Katzen)

Bekannte Vorerkrankung bzw. Dauermedikation:

Halter*In des Tieres ist:
(Nicht erforderlich, falls Sie selber Halter*In sind)

Tier aus dem Ausland / längerer Auslandsaufenthalt?
(Sofern ja, Ort und Datum)

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

Art und Datum der letzten Impfung: Ist das Tier krankenversichert? Ja: Nein:

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 Ostwestfalen GmbH, Friedhofsweg 2, 33378 Rhea-
da-Wiedenbrück, Geschäftsführung: Dr. Marianne Nieder, Kim
Middeldorf, Dr. Elke Maria Kalvelage, Dr. Susanne Schepers, ein-
getragen im Handelsregister des Amtsgerichts Gütersloh, HRB
12014 („uns/wir“ oder „Praxis“).

Bitte füllen Sie diese „Anmeldung“ auf der Vorderseite sorg-
fältig aus, lesen Sie den „Behandlungsvertrag“ auf der Rücksei-
te 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.

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. Auch bei krankenversicherten Tieren erfolgt die Bezahlung in unserer Praxis direkt und persönlich durch Sie. **Eine solche Bezahlung kann nur per EC/Kreditkarte erfolgen.** In Form einer individuellen Ergänzung dieses Vertrages kann die Abrechnung über eine externe Verrechnungsstelle erfolgen. 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.
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 auszulegen.
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/

Ort, Datum  Bitte hier unterschreiben
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/, Datenschutz, 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, -institute und Apotheken 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 Behandlungs- 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.

Ort, Datum  Bitte hier unterschreiben
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 bleibt 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 Ostwestfalen GmbH, Holter Straße 289 in 33758 Schloß Holte-Stukenbrock, Tel. 05207 921870, E-Mail: info@drnieder.de