



Liebe Tierhalterinnen und Tierhalter,

wir heißen Sie in unserer Tierarztpraxis herzlich Willkommen.

Um Ihnen einen reibungslosen und angenehmen Besuch in unserer Praxis ermöglichen zu können, bitten wir Sie folgende Aspekte zu beachten.

Wir bemühen uns um kurze Wartezeiten. Aus diesem Grund möchten wir Sie bitten in möglichst allen Fällen einen Termin zu vereinbaren. Gerne informieren Sie uns auch, wenn Sie mit einem Notfall auf dem Weg zu uns sind, damit wir uns für schnellere Abläufe vorbereiten können.

Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie Ihren Termin sobald wie möglich bei uns abzusagen. Auch wenn Sie sich verspäteten sollten, können Sie uns gerne informieren.

Aufgrund des hohen Verwaltungsaufwandes können wir grundsätzlich keine Behandlung auf Rechnung anbieten. Nach der Bezahlung bekommen Sie einen ausführlichen Beleg der Behandlung. Bitte teilen Sie uns vor der Behandlung mit, falls auf Ihrem Beleg etwas Besonderes vermerkt werden muss, damit Ihre Versicherung den Beleg akzeptiert.

Wir danken Ihnen für Ihr Verständnis!

Ihr Praxisteam Dres. Usselmann



Patientenaufnahmeschein

Kunden-Nr.: _____

Für unsere Patientenkartei erbitten wir folgende Angaben:

(Bitte in DRUCKSCHRIFT ausfüllen!)

Vor- und Nachname des Auftraggebers: _____

Geb.Datum Auftraggeber: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

Patient:

Rufname des Tieres: _____

Tierart: Hund Katze Sonstiges: _____

Rasse: _____

Geburtsdatum oder Alter: _____

Geschlecht: m w kastriert

Gewicht: _____

Fellfarbe: _____

Mikrochip-Nr.: _____

Heimtierausweis-Nr.: _____

Unverträglichkeiten (soweit bekannt): _____

Freigänger Wohnungskatze

Haustierarzt / Überwiesen von: _____ in: _____

Behandlungsvertrag

Ich versichere, dass ich volljährig bin und Halter des 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 Schuldenverfahren befinde, und dass das Schuldnerverzeichnis des für mich zuständigen Amtsgerichts keine Eintragungen 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 entstehenden Kosten aus der Behandlung aufkommen werde.

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

Ich zahle die entstehenden Kosten sofort in bar oder per EC - / Giro - Karte mit PIN / Kreditkarte / Debit-Karte. Mir ist bekannt, dass der Praxis ein Zurückbehaltungsrecht an dem behandelten Tier zusteht, sofern die Behandlungskosten nicht sofort beglichen werden.

Ort/Datum _____ Unterschrift _____



Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken

Vor- und Nachname: _____ Kunden-Nr.: _____

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die Kleintierpraxis Dr. Usselmann (verantwortlich: Dr. Alexander Usselmann) meine auf dem Patientenaufnahmeschein angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhebt. Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

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 Kleintierpraxis Dr. Usselmann telefonisch über Laborergebnisse und Terminplanung informiert.
- Ich willige ein, dass mich die Kleintierpraxis Dr. Usselmann per Post informiert.
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch im Rahmen einer Weiterführung der Praxis durch einen Nachfolger weiter bestimmungsgemäß genutzt werden dürfen.

Ort/Datum _____ Unterschrift _____

Kleintierpraxis Dres. Usselmann



Dr. med. vet. Alexander Usselmann

Fachtierarzt für Kleintiere
GPCert Small Animal Surgery
GPCert Cardiology

Dr. med. vet. Dorothea Usselmann

Fachtierärztin für Kleintiere
GPCert Oncology
GPCert Dermatology

Saarring 6

32425 Minden

Telefon: 05 71 - 889 12 13

Fax: 889 12 14

Datenschutzhinweise für Ihre Unterlagen:

Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns wichtig. Wir verarbeiten Ihre Daten ausschließlich im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen (EU-Datenschutz-Grundverordnung, Bundesdatenschutzgesetz). Nachfolgend informieren wir Sie über die wichtigsten Aspekte der Datenverarbeitung im Rahmen unserer Geschäftsbeziehung.

Erhebung und Verarbeitung von Daten

Wir verarbeiten jene Daten, die Sie uns als Kunde zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen und bei Abschluss des Vertrages zur Verfügung stellen.

Die Datenverarbeitung erfolgt zu folgenden Zwecken:

Im Rahmen unserer Geschäftsbeziehung werden zumindest mit Hilfe teilweiser bzw. überwiegender Automatisierung (z. B. E-Mailverkehr, Zeichenprogramme) und in Form von archivierten Textdokumenten (z. B. Korrespondenz, Verträge, Pläne, Bescheide, Handakte, personalisierte Rechnungen) die von Ihnen angegebenen Daten verarbeitet, um vorvertragliche Maßnahmen durchführen und den Vertrag erfüllen zu können.

Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung:

Die Datenverarbeitung erfolgt auf Basis des Art. 6 Abs. 1 lit. b der DSGVO (Vertragsanbahnung- und –erfüllung). Zum Abschluss und zur Durchführung eines Untersuchungs-/Behandlungsvertrages und um diesen zu Ihrer vollständigen Zufriedenheit abwickeln zu können, benötigen wir Ihre Daten (Name und Wohnanschrift). Außerdem erfolgt die Datenverarbeitung auf Basis des Art. 6 Abs. 1 lit. f der DSGVO (berechtigtes Interesse an Marketing und Werbung) bzw. des Art. 6 Abs. 1 lit. a (Einwilligung). Wir möchten Sie als InteressentInnen aktuell und gezielt über unsere Dienstleistungen, insbesondere in Form von Impferinnerungen und Projekte (insbesondere über die Veranstaltung eines „Tags der offenen Tür“) informieren.

Nutzung der Daten

Ihre Daten verwenden wir nur zur Abwicklung des Vertrages, zur Beantwortung Ihrer Anfragen, zu Buchhaltungs- und Verrechnungszwecken und für die technische Administration.

Die Löschung Ihrer Daten erfolgt, wenn Ihre Daten zur Erfüllung des mit der Speicherung verfolgten Zweckes nicht mehr erforderlich sind, oder wenn die Speicherung aus gesetzlichen Gründen unzulässig wird. Daten für Abrechnungszwecke und buchhalterische Zwecke werden von einem Löschungsverlangen nicht berührt.

Eine Löschung der Daten kann nicht erfolgen, wenn uns rechtliche Bestimmungen zur Aufbewahrung bzw. zur Speicherung verpflichten.

Ihre Rechte

Sie haben grundsätzlich das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragbarkeit, Widerruf und Widerspruch. Wenn Sie glauben, dass die Verarbeitung Ihrer Daten gegen das Datenschutzrecht verstößt oder Ihre datenschutzrechtlichen Ansprüche in einer anderen Weise verletzt worden sind, können Sie sich bei der Aufsichtsbehörde beschweren. Dies ist die Landesdatenschutzbehörde (Adresse: Kavalleriestraße 2-4, 40213 Düsseldorf).

Ihr Recht auf Einschränkung der Verarbeitung beinhaltet die Befugnis, Ihre Einverständniserklärung zur Weiterleitung Ihrer Daten an Dritte zu widerrufen.

Unsere Kontaktdaten:

Kleintierpraxis Dres. Usselmann

Saarring 6

32425 Minden

Telefon 0571-8891213

Fax 0571-8891214

info@kleintierpraxis-usselmann.de