Pferdeklinik & Kleintierpraxis in Maichingen GmbH

Geschäftsführer
Dr. med. vet. Volker Kellewald
Fachtierarzt für Pferde

Tel. 0 70 31 / 38 51 20 | Fax 0 70 31 / 38 50 00
www.tierarzt-sindelfingen.de

Einwilligungserklärung zur Erhebung/ Übermittlung von Patientendaten

Ich _____
Name, Vorname

Erkläre mich einverstanden, dass in der Pferdeklinik und Kleintierpraxis in Maichingen GmbH meine personen- und tierbezogenen Daten auf Grundlage gesetzlicher Berechtigung erhoben und verarbeitet werden.

- Über den Umfang und die Art der Daten
- Über die Rechtsgrundlage der Verarbeitung
- Über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass
- mich und mein Tier betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Tierärzten/ Labors/ Spezialuntersuchungsanstalten u.ä. zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können,
- mich und mein Tier betreffende Behandlungsdaten und Befunde an, mein Tier behandelnde Tierärzten/ Labors/ Spezialuntersuchungsanstalten u.ä. übermittelt werden dürfen,
- mich die oben stehende Tierarztpraxis telefonisch über Laborergebnisse und Terminplanung informiert,
- mich die obenstehende Tierarztpraxis per Post informiert,
- die erhobenen Daten auch im Rahmen einer Weiterführung der Praxis durch einen Nachfolger weiter bestimmungsgemäß genutzt werden dürfen,
- sollte ich bei der Rechnungsstellung trotz dreimaliger Mahnung in Zahlungsverzug kommen, meine Daten an ein Inkassounternehmen weitergeleitet werden dürfen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Bitte kreuzen Sie an:

O **Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen zu. Insbesondere bin ich mit Praxismailings, Informationen, Impferinnerungen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.**

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift