

Aufnahmeantrag – Hund

Zwischen



Therapeut(in)

Name: Christina Grauting
Strasse: Am Esch 35
PLZ / Ort 32312 Lübbecke
Telefon: 05741 / 296316
Mobil: 0151 / 555 966 23
Email: thp@tierheilpraxis-4-pfoten.de
Web: www.tierheilpraxis-4-pfoten.de

Tierhalter(in)

Name: _____
Strasse: _____
PLZ / Ort _____
Telefon: _____
Mobil: _____
Email: _____
Web: _____

Hund

Rasse: _____
Geboren/Alter: _____
Im Besitz seit: _____
Kastriert: Ja Nein

Name: _____
Farbe: _____
Geschlecht: Weiblich Männlich
Herkunft: _____
Trächtig: Ja Nein

Erkrankungen: _____

Allergien: _____

Besonderheiten: _____

**Patienteninformation Datenschutz
gem. der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO):**

Sehr geehrte Patientenbesitzerin, sehr geehrter Patientenbesitzer,
nach der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) bin ich mit Wirkung zum 25.05.2018 verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck ich Ihre personenbezogenen Daten erhebe, speichere und ggf. an Dritte weiterleite und welche Rechte Ihnen bezüglich Ihrer Daten zustehen. Im Einzelnen führe ich insofern wie folgt aus:

Verantwortlich für die Verarbeitung der Patientendaten ist die Praxisinhaberin:

Christina Grauting
Zur Osterstrasse 3 (Praxis: Am Esch 35)
32312 Lübbecke
Tel.: 05741 296316
Mobil: 151 55596623
E-Mail: info@tierheilpraxis-4-pfoten.de

Ein ständiger Vertreter und/oder Datenschutzbeauftragter ist in der Praxis nicht vorhanden.

Ihre personenbezogenen Daten werden zum Zwecke der tiernaturheilkundlichen Versorgung sowie zur Abrechnung der Leistungen erhoben und im automatisierten Praxisverwaltungssystem und in den Patientenakten gespeichert.

Bei den Daten handelt es sich neben Ihren Kontaktdaten insbesondere um Gesundheitsdaten Ihres vorgestellten Tieres wie Anamnese, Medikation, Diagnosen, Therapieempfehlungen, Befunde usw. Auch andere Tiertherapeuten/Tierärzte, bei denen Sie sich in Behandlung befinden, können uns zu diesem Zweck Daten zur Verfügung stellen, wenn Sie das wünschen.

Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist auf der Grundlage des Aufnahmeantrages zwischen Ihnen und der Praxisinhaberin notwendige Voraussetzung für eine adäquate und sorgfältige Behandlung.

Optionale Datenspeicher-Möglichkeiten

Bitte in der Erklärung der/des Patientenbesitzers/in am Ende dieses Formulars ankreuzen.

a) Telefonische Kontakte:

Prinzipiell speichere ich keine Telefonnummern in meinem Telefon, es kann aber die Kontaktaufnahme zu Ihnen erleichtern, wenn ich nicht vor Ort bin, Sie aber erreichen muss. Ich weise darauf hin, dass bestimmte Dienste wie WhatsApp, Google etc. Zugriff auf diese Einträge haben können.

b) E-Mail Kontakt:

Sollten Sie mit mir E-Mails austauschen, z.B. um den Therapieempfehlung für Ihren Vierbeiner oder Ihre Rechnung zu erhalten, genehmigen Sie mir bitte die Speicherung Ihres Namens und Ihrer E-Mail Adresse im Adressbuch meines E-Mail Anbieters (Strato, Outlook). Von Seiten dieser Anbieter wird jeweils die modernste und sicherste Verschlüsselung der Daten und Inhalte von E-Mails garantiert.

c) Messenger (WhatsApp, Telegram, Signal, Threema etc.):

Sollten Sie mit mir Kurznachrichten über diese Dienste austauschen wollen, genehmigen Sie mir hiermit die Speicherung Ihres Namens und Ihrer Mobil-Nummer in meinem Handy und in meinen entsprechenden Messenger-Kontakten. Ich weise explizit darauf hin, dass die Nutzung dieser Dienste datenschutzrechtlich problematisch sein kann. Für den Umgang mit Ihren Daten von Seiten dieser Anbieter übernehme ich keine Verantwortung.

d) Kontakt über meine Facebook-Seite:

Ich kontaktiere Sie von mir aus grundsätzlich NICHT über meinen Facebook-Account. Sollten Sie selbst über diesen Dienst Kontakt mit mir aufnehmen, geschieht dies auf Ihre eigene Verantwortung!

Die Übermittlung der Daten an Dritte erfolgt nur, soweit es rechtlich zulässig ist oder Sie hierzu ausdrücklich eingewilligt haben. Dritte in diesem Sinne können andere Leistungserbringer (Tierheilpraktiker/Tierärzte/Tierphysiotherapeuten usw.) oder auch Labore sein.

Ihre personenbezogenen Daten werden in der Praxis noch mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt (§ 630 f BGB). Unter Umständen können sich nach anderen gesetzlichen Bestimmungen auch längere Aufbewahrungsfristen ergeben.

Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung sind der Aufnahmeantrag zwischen Praxisinhaberin und Patientenbesitzer, Art. 6 Abs. 1 b), Art. 9 Abs. 2 f), h) i. V. m. Abs. 3 DSGVO, § 22 Abs. 1 Nr. 1 b) BDSG und die in diesem Zusammenhang von Ihnen abgegebenen Einwilligungserklärungen.

Ihnen stehen bezüglich Ihrer Daten verschiedene Rechte zu:

So können Sie Auskunft über die erhobenen Daten und die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Unter bestimmten Voraussetzungen steht Ihnen auch das Recht auf Löschung der gespeicherten Daten zu. Auf die Einschränkung der Verarbeitung/Sperrung der Daten haben Sie, soweit die Voraussetzungen gegeben sind, ebenfalls Anspruch.

Soweit die Voraussetzungen dafür erfüllt sind, steht Ihnen des Weiteren das Recht auf Datenübertragbarkeit zu (sog. Recht auf Datenportabilität).

Eine erteilte Einwilligung in die Datenverarbeitung können Sie jederzeit widerrufen. Und schließlich steht Ihnen ein Recht auf Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu, soweit Sie der Auffassung sind, dass die Verarbeitung der erhobenen Daten gegen die DSGVO verstößt.

Bei Fragen zu den einzelnen Punkten steht die Praxisinhaberin Ihnen selbstverständlich jederzeit gerne zur Verfügung.

Erklärung der/des Patientenbesitzers/in:

Ich versichere, dass das oben genannte Tier mein Eigentum ist. Über die möglichen anfallenden Kosten der Behandlung bin ich informiert worden.

Mit der Veröffentlichung von ggf. bei der Behandlung entstandenen Bildern

- bin ich einverstanden.
- bin ich NICHT einverstanden.

Hinsichtlich der Kontaktmöglichkeiten durch die o. g. Therapeutin anlässlich der Behandlung meines Tieres bzw. entsprechender Beratung per E-Mail und / oder Telefon ist folgendes zu beachten:

- Ich bin mit der Speicherung meiner Telefonnummer im Handy einverstanden.
- Ich bin mit der Speicherung meiner Telefonnummer im Handy NICHT einverstanden.
- Ich bin mit der Kontaktmöglichkeit über E-Mail einverstanden.
- Ich bin mit der Kontaktmöglichkeit über E-Mail NICHT einverstanden.
- Ich wünsche ggf. eine Kontaktaufnahme über Messenger
- Ich wünsche keine Kontaktaufnahme über Messenger

Die DSGVO-Patienteninformation habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum, Ort

Unterschrift