

Anmeldebogen und Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken:

Herzlich Willkommen in der Taubenklinik!

Damit wir Ihrem Tier die bestmögliche Behandlung zukommen lassen, Ihre Fragen schnell beantworten und unsere Leistungen ordnungsgemäß abrechnen können, benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Alle Angaben fallen unter die tierärztliche Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Zudem sind wir verpflichtet, bei der Erfassung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten die Bestimmungen der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) sowie des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG-neu) einzuhalten, welche ab dem 25.05.2018 gelten. Über Ihre diesbezüglich bestehenden Rechte klären wir Sie im Rahmen der Belehrung per Aushang in der Taubenklinik auf. Bitte lesen Sie diese Belehrung, bevor Sie Ihre Einwilligung erteilen.

Die für die Durchführung der Behandlung erforderlichen personenbezogenen Daten, d.h. Ihren Namen und Ihre Anschrift, erheben wir auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen nach § 29 HeilBerG NRW. Für die Erfassung und Nutzung der übrigen personenbezogenen Daten benötigen wir Ihre Einwilligung, die Sie im Rahmen dieses Formulars erteilen können.

BITTE BEACHTEN SIE:

Die Abgabe der Einwilligung erfolgt freiwillig, d.h. Sie können Ihr Einverständnis verweigern. Die Einwilligung erfolgt stets für einen bestimmten Zweck, über den wir Sie weiter unten informieren. Sollten Sie für den jeweiligen Zweck keine Einwilligung geben, ist die Durchführung der Behandlung unter Umständen nicht möglich – dies entscheiden wir einzelfallabhängig.

Für alle Fragen rund um die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten in unserer Klinik bzw. bei unseren Vertragspartnern steht Ihnen unsere Datenschutzbeauftragte, Frau Mareike Kühntopp, Katernberger Str. 115, 45327 Essen, 0201-87224-60, m.kuehntopp@brieftaube.de, gerne zur Verfügung.

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

1. Angaben zu Ihrer Person

Name: _____

Vorname: _____

Straße/ Hausnr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefonnr. / Mobilnr. (freiwillig): _____

E-Mail (freiwillig): _____

2. Angaben zum Vogel

Name: _____

Name: _____

Name: _____

Art: _____

Art: _____

Art: _____

Geburtsdatum/-jahr: _____

Geburtsdatum/-jahr: _____

Geburtsdatum/-jahr: _____

Geschlecht: _____

Geschlecht: _____

Geschlecht: _____

Ring-/Chipnummer: _____

Ring-/Chipnummer: _____

Ring-/Chipnummer: _____

Farbe: _____

Farbe: _____

Farbe: _____

Sind bei dem Vogel Vorerkrankungen bekannt? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Bekommt der Vogel bereits Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Taubenklinik
des Verbandes Deutscher
Brieftaubenzüchter e.V.
Katernberger Str. 115, 45327 Essen,
Tel. 0201-848390, tk@brieftaube.de



3. Abrechnung der tierärztlichen Leistungen

Bitte haben Sie Verständnis, dass wir Behandlungen, klinischen Leistungen und Medikamentenabgaben nach jeder Behandlung abrechnen. Sie können bequem per Barzahlung und über die EC-Karte bezahlen. Rechnungen können auf Wunsch ausgestellt werden; wegen des erhöhten Arbeitsaufwandes müssen wir hierfür allerdings eine Bearbeitungsgebühr erheben.

4. Versand und Analyse von Proben (Blut, Gewebe, usw.)

Im Rahmen der Diagnose kann es erforderlich werden, Proben zu entnehmen und zu analysieren, zum Beispiel Blut, Gewebe oder Federkiele. Die Analyse erfordert den Versand der Probe an einen externen Dienstleister zusammen mit Ihrem Vor- und Nachnamen, Ihrer Anschrift und den Daten Ihres Tieres. Für den Transport werden die Daten verschlüsselt, d.h. nur die Mitarbeiter unserer Praxis und die Mitarbeiter des Labors können die Information lesbar machen. Die Kosten für die Untersuchung der Probe werden über unsere Praxis abgerechnet. **Die Nutzung Ihrer Daten in der soeben beschriebenen Form erfordert Ihre Einwilligung sowie die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht.** Wir nehmen zu verschiedenen Zwecken die Dienste unterschiedlicher Labors in Anspruch. Für eine detaillierte Liste wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiter.

5. Nachfolgend können Sie im Zusammenhang mit den oben gekennzeichneten, personenbezogenen Daten jeweils Ihre

EINWILLIGUNG

erklären.

Sofern Sie als Vertreterin/Vertreter der Eigentümerin/des Eigentümers des Tiers handeln, erfolgt eine etwaige Einwilligung mit Wirkung für und gegen die Vertretene/den Vertretenen.

Sollten Sie ein Feld nicht ankreuzen, gilt die jeweilige Einwilligung als verweigert:

Telefonnummer und/oder Mobilfunknummer: Ich erkläre mich einverstanden, dass die von mir unter Ziffer 1 dieses Formulars eingetragenen Telefonnummern in der Datenbank der Taubenklinik gespeichert und von den Tierärzten sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für Rückfragen oder Auskünfte genutzt werden darf.

Email: Ich erkläre mich einverstanden, dass die von mir unter Ziffer 1 dieses Formulars eingetragene Emailadresse in der Datenbank der Taubenklinik gespeichert und von den Tierärzten sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für Rückfragen, Auskünfte oder den Versand von Dateien genutzt werden darf.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Taubenklinik mir unter der erwähnten Emailadresse Informationen beispielsweise über Öffnungszeiten, Parkplatzengpässe durch Veranstaltungen, Sprechstundenausfälle, etc. zukommen lassen darf.

Proben, Versand und Analyse, Versand Ihrer Daten: Ich erkläre mich einverstanden, dass die Taubenklinik meinen Vor- und Nachnamen, meine Anschrift sowie die Daten meines Tieres im Zusammenhang mit dem Versand an und der Analyse durch die/den Laborbetreiber* übermittelt. Ich entbinde die Mitarbeiter der Tierarztpraxis insoweit von der beruflichen Schweigepflicht.

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und über 18 Jahre (Volljährigkeit) bin 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. 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.

Essen, den

Unterschrift:

*Eine ausführliche Liste unserer externen Partner können Sie jederzeit am Empfang oder bei unserer Datenschutzbeauftragten erfragen.