

## Patientenaufnahmeschein

### Besitzer / Überbringer:

Bitte in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen.

TIERÄRZTLICHE KLINIK



DR. THOMAS TRILLIG

Herr  Frau

Vorname: .....

Nachname: .....

Geb. Datum: .....

Straße: .....

PLZ: ..... Ort: .....

Telefon: ...../..... e-Mail: .....

Tier: ..... (Bitte auf der Rückseite ankreuzen)

Name ..... Tierart / Rasse:.....

Farbe:..... Gewicht:..... Chip Nr.: .....

Geb. Dat:..... Geschl:  männl.  weibl.  kastr

Krankenversichert nein ja -> bei.....

Überweisender- / Haus-Tierarzt: .....

Zahlungsarten:  Bar und / oder  EC-Cash

Die Rechnung erfolgt direkt nach der Behandlung.

Falls Sie nicht vollständig bezahlen können sprechen Sie uns bitte vor der Behandlung an.

Ich versichere, dass ich 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.

In diesem Zusammenhang erkläre ich, dass ich mich zum Zeitpunkt dieser Erklärung in keinem gerichtlichen Schuldenverfahren befinde und dass das Schuldnerverzeichnis des für mich zuständigen Amtsgerichtes 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 der Bevollmächtigung, oder stellt der Tierhalter eine Bevollmächtigung in Abrede, bestätige ich hiermit, dass ich für die entstehenden Kosten aus der Behandlung aufkommen werde.

Bei stationärer Aufnahme und Operationen akzeptiere ich hiermit Anzahlungen und ggf. Bonitätsprüfungen.

Außerhalb der Sprechzeiten /im Notdienst fallen Mehrkosten an (nach geltender Gebührenordnung).

## Informationen zur Datenverarbeitung nach Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Im Einklang mit der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) informieren wir Sie darüber, zu welchem Zweck wir Ihre Daten verarbeiten. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

### 1. Verantwortlich für die Datenverarbeitung

Tierärztliche Klinik Dr. Thomas Trillig

### 2. Datenschutzbeauftragter

Ralf Fix, Tel.: 06245-9945570

Email: tierklinik-trillig@tierarzt-datenschutz.de

### 3. Verarbeitung von personenbezogenen Daten

Personenbezogene Daten werden von uns nur dann verarbeitet, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder sofern Sie in die Datenverarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten einwilligen.

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten insbesondere im Rahmen einer gesetzlichen Erlaubnis auf der Rechtsgrundlage von Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe b) DSGVO, um einen Behandlungsvertrag mit Ihnen zu erfüllen oder zur Durchführung erforderlicher vorvertraglicher Maßnahmen, welche auf Ihre Anfrage erfolgen. Stellen Sie uns diese Informationen nicht zur Verfügung, können wir keine Behandlungsleistung erbringen. Haben Sie in die Übersendung von Informationen per E-Mail eingewilligt, erfolgt die Datenverarbeitung auf der Rechtsgrundlage von Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe a) DSGVO.

Der Zweck der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten besteht demnach darin, Ihre Anfragen nach Behandlungen Ihres Tieres zu bearbeiten, die notwendigen Krankenakte im Falle einer Behandlung zu führen, zur gesetzlich vorgeschriebenen Dokumentation und zur Abrechnung unserer Leistungen. Zu diesen Zwecken dürfen diese Daten auf der Rechtsgrundlage von Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe b) DSGVO auch an Dritte, welche wir zur Erfüllung des Behandlungsvertrages zwingend benötigen, weitergegeben werden (z.B. Überweisungspraxen/ -kliniken, Labore, etc.). Sofern Sie in die Übersendung von Informationen per E-Mail eingewilligt haben, besteht der Zweck der Datenverarbeitung darin, Ihnen Informationen über tierärztliche Leistungen und/oder Erinnerungen zu Terminen wie beispielsweise Impfungen zu übersenden.

Eine Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten an andere Dritte erfolgt ansonsten nur, wenn wir dazu gesetzlich verpflichtet sind, um Rechtsansprüche geltend zu machen, gegebenenfalls begangene Straftaten aufzuklären oder sofern Sie ausdrücklich in die Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten einwilligen.

Weitere Informationen zu unserem Kundendatenschutz finden Sie unter <https://www.tierklinik-tillig.de/kundendatenschutz>

#### Einwilligung in die Übersendung von Informationen per E-Mail und in die zeitlich unbegrenzte Verarbeitung personenbezogener Daten:

Ich willige ein, dass die Tierklinik meine E-Mail-Adresse/Mobilfunknummer sowie meine sonstigen im Aufnahmebogen angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Informationen über tierärztliche Leistungen und/oder Erinnerungen zu Terminen wie beispielsweise Impfungen zeitlich unbegrenzt verarbeiten darf. Meine Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft durch eine Mitteilung per E-Mail oder Brief an die Tierklinik kostenfrei widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird durch den Widerruf nicht berührt. **Beachten Sie bitte, dass wir ohne Einwilligung keinerlei Emails versenden oder beantworten dürfen.**

#### Einwilligung zur Abtretung von Forderungen an die BFS health finance GmbH

Ich willige ein, dass die Tierärztlichen Klinik Dr. Trillig zum Zweck der Erstellung der Rechnung sowie zur Einziehung und der gegebenenfalls gerichtlichen Durchsetzung der Forderung alle hierzu notwendigen Unterlagen und Daten, insbesondere meinen Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Rechnungsbetrag etc. an die BFS health finance GmbH, Hülshof 24, 44369 Dortmund weitergibt. Im Rahmen dieser Zusammenarbeit werden gegebenenfalls o.a. Adressdaten auch zum Zwecke der Bonitätsprüfung an die infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden übermittelt. Insoweit entbinde ich die MitarbeiterInnen der Tierärztlichen Klinik Dr. Trillig auch ausdrücklich von ihrer tierärztlichen Schweigepflicht und stimme ausdrücklich zu, dass die Tierärztlichen Klinik Dr. Trillig die sich aus der Behandlung ergebende Forderung an die BFS health finance GmbH abtritt. Ich bin mir bewusst, dass nach der Abtretung der Honorarforderung die BFS health finance GmbH mir gegenüber als Forderungsinhaberin auftritt und deshalb Einwände gegen die Forderung - auch soweit sie sich aus der Behandlung und der Krankengeschichte ergeben - im Streitfall gegenüber der BFS health finance GmbH zu erheben und geltend zu machen sind und der behandelnde Tierarzt/die behandelnde Tierärztin als Zeuge vernommen werden kann. Meine Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird durch den Widerruf nicht berührt.

Unterschrift:.....Datum:.....

Eingegeben:

-----  
Gescannt: