

Patientenaufnahmeschein

Vorname/ Name Auftraggeber: _____
Straße/ Nr.: _____
PLZ, Ort: _____
Handy.: _____

Name des Pferdes: _____
Standort: _____
Rasse: _____
Alter bzw. Geburtsjahr: _____
Geschlecht: Stute Wallach Hengst
Farbe: _____
Lebensnummer (laut Equidenpass): _____
Chipnummer (laut Equidenpass): _____
Schlachtpferd (laut Equidenpass): ja nein

Informationen zum Datenschutz

- 1) Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist Dr. Maria Bergmann, Tel: 01771749911.
- 2) Gespeichert werden die von Ihnen gemachten persönlichen Angaben, die Daten Ihres Tieres, sämtliche gewonnenen Erkenntnisse aus Untersuchungen sowie sämtliche Daten der Fakturierung und des Zahlungsverkehrs. Zweck der Datenverarbeitung ist die Vorbereitung und Erfüllung eines Untersuchungs-/ Behandlungsvertrages, die Daten werden für 10 Jahre gespeichert (§ 3 Abs. 1 Nr. 5 Berufsordnung der Sächsischen Landestierärztekammer, § 147 Abs. 3 i. V. m. Abs. 1 Nr. 1, 4 und 4a AO, § 14b Abs. 1 UStG, §147 Abs. 1 Abgabeordnung).
- 3) Weitergabe der Daten erfolgt an Buchhaltungs-/ Steuerbüro sowie Finanzamt (Art. 6 Abs. 1 c DSGVO, Abs. 3 § 203 StGB), bei Nutzung der Homepage an den Webhoster PixelX, bei Nutzung der Facebook-Seite an die Facebook- Server, an weitere Dritte nur nach freiwilliger Einwilligung.
- 4) Sie haben jederzeit Recht auf Auskunft/ Bereitstellung, Berichtigung, Einschränkung der Verarbeitung bzw. Löschung (soweit dem keine gesetzlichen Pflichten widersprechen) der personenbezogenen Daten, Widerrufsrecht einer Einwilligung und das Recht auf Datenübertragbarkeit sowie das Recht, nicht einer ausschließlich auf einer automatisierten Verarbeitung beruhenden Entscheidung unterworfen zu werden (§§ 15 - 22 DSGVO).
- 5) Wenn Sie der Auffassung sind, dass die Verarbeitung gegen Datenschutzvorschriften verstößt, können Sie sich bei einer Datenschutz-Aufsichtsbehörde beschweren.
- 6) Weitere Informationen finden Sie auf der Praxishomepage: <https://tierarzt-bergmann.de/impressum.php>

Vertragsbedingungen

Ich versichere, dass ich **Halter** des Tieres und deshalb berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung erforderlicher Behandlungen 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 Schuldverfahren 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.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Praxis Pferdeosteopathie und Akupunktur Dr. Maria Bergmann eine Fachpraxis ist, spezialisiert auf **osteopathische Behandlungen sowie Akupunktur und Kräuter (Traditionellen chinesischen Medizin) – Behandlungen** und auch nur diese in Anspruch genommen werden können. Für andere Belange wende ich mich zum Beispiel an meinen Haustierarzt.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Vergütung **sofort und in bar** zu erfolgen hat. Abweichungen von dieser Zahlungsart müssen vorab mit der Praxis Pferdeosteopathie und Akupunktur Dr. Maria Bergmann abgesprochen werden.

Der Besitzer/Überbringer ist verpflichtet, über Untugenden seines Pferdes zu informieren, die **Haftpflicht nach § 834 BGB verbleibt beim Eigentümer**.

Ist eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam, werden die übrigen Bestimmungen dieses Vertrages in ihrer Wirksamkeit nicht berührt. Die unwirksame bzw. undurchführbare Bestimmung ist durch eine solche Bestimmung zu ersetzen, die dem wirtschaftlich von den Vertragsparteien Gewolltem am nächsten kommt. Gleiches gilt im Falle einer Vertragslücke.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich: die Richtigkeit der unter „Patientenaufnahmeschein“ gemachten Angaben und gebe den Auftrag zur Untersuchung und Behandlung des oben genannten Pferdes. Ich habe die Informationen zum Datenschutz sowie die Vertragsbedingungen gelesen und akzeptiert und mir ist bewusst, dass ich die Informationen zum Datenschutz bei Bedarf auf der Praxishomepage abrufen kann.

Datum

Unterschrift

Freiwillig: Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutz zu weiteren Zwecken

Nach Art. 5 Abs. 1 lit. b) der DSGVO werden Ihre im Patientenaufnahmeschein angegebenen personenbezogenen Daten, die allein zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses notwendig und erforderlich sind, auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben. Sie sind mit der Beauftragung zur Behandlung Ihres Pferdes damit einverstanden, dass diese personenbezogenen Daten wie Name, Vorname, Anschrift, Telefonnummer erhoben, gespeichert und genutzt werden. Die Daten werden ausschließlich für praxisinterne Zwecke verwendet.

Für jede darüber hinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es regelmäßig der Einwilligung des Betroffenen.

Eine solche Einwilligung können Sie im folgenden Abschnitt freiwillig erteilen.

Sind Sie mit den folgenden Nutzungszwecken einverstanden, kreuzen Sie diese bitte entsprechend an. Wollen Sie keine Einwilligung erteilen, lassen Sie die Felder bitte frei.

Ich willige ein, dass mich die Praxis Pferdeosteopathie und Akupunktur Dr. Maria Bergmann (Vertragspartner) per **Telefon/ SMS/ Messenger*** kontaktiert, um **z.B. Termine** zu vereinbaren, Fragen zu klären, Informationen zu übermitteln oder zur Beratung (* bei Einwilligung bitte Unzutreffendes streichen). Hierfür soll bitte folgend Telefonnummer verwendet werden:

Ich willige ein, dass mich die Praxis Pferdeosteopathie und Akupunktur Dr. Maria Bergmann (Vertragspartner) per **E- Mail** kontaktiert, um **z.B. Termine** zu vereinbaren, Fragen zu klären, Informationen zu übermitteln, zur **Rechnungsstellung** oder Beratung. Hierfür soll bitte folgend E-Mail verwendet werden: _____

Ich willige ein, dass die Praxis Pferdeosteopathie und Akupunktur Dr. Maria Bergmann (Vertragspartner) meinen Namen und meine Telefonnummer sowie Daten und Befunde meines* Tier(e) bei Bedarf an tierärztliche **Kolleg*inn*en** oder andere Kolleg*inn*en, wie z.B. Schmied*in, Sattler*in, Reitlehrer*in weitergeben darf.

Datum

Unterschrift