

PATIENTENAUFNAHMESCHEIN/ BEHANDLUNGSVERTRAG



Für die DSGVO-konforme Erfassung und sicheren Verarbeitung der personen- und tierbezogenen Daten bitten wir um die nachfolgenden Informationen in **DRUCKBUCHSTABEN**.
Auf Wunsch erhalten Sie gern eine Kopie dieses Formulars.

ANGABEN ZUM AUFTRAGGEBER (Geb.-Datum zur Identifikation erforderlich)*

Name Vorname Geburtsdatum*
Straße PLZ Wohnort
Telefon privat Telefon dienstlich Mobiltelefon
E-Mail

ANGABEN ZUM PATIENTEN

Name des Tieres Chip-/Tattoo-Nr. Geburtsdatum
Tierart/Rasse Farbe Gewicht
Geschlecht männlich weiblich Kastriert? ja nein bei Katzen: Freigänger ja nein
Tierkranken- oder OP-Versicherung Ja Nein Weiss ich nicht?

DIENT DAS TIER EINEM WIRTSCHAFTLICHEN NUTZEN?

Nein Ja; Nutzung als

AN WEN DÜRFEN WIR DIE DATEN WEITERGEBEN? (ohne Angaben zu diesen Fragen können wir nur Ihnen persönlich Auskunft erteilen)

Haustierarzt: Bitte dorthin Auskunft erteilen

Anschrift

Überweisender Tierarzt: Bitte dorthin Auskunft erteilen

Anschrift

andere Personen:

Name Geburtsdatum

ERKLÄRUNGEN DES / DER AUFTRAGGEBER / -IN

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und berechtigt bin, einen Vertrag zur Durchführung der Dienstleistungen der Kleintierklinik Frank zu schließen. Sofern ich nicht der 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. Mit der auf Seite 2 geleisteten Unterschrift beauftrage ich die Kleintierklinik Frank zur Erbringung tierärztlicher Leistungen für das oben angegebene Tier.

ZAHLUNGSMODALITÄTEN

Wir berechnen Leistungen auf Grundlage der Gebührenordnung für Tierärzte (GOT) und Medikamente auf Grundlage der Arzneimittel-Preisverordnung (AmPreisV). Ausserhalb der Kernsprechzeiten (Wochenend-, Feiertags- / Notdienst) rechnen wir zu einem erhöhten Gebührensatz ab.

Wir bitten um Begleichung der Rechnung im Anschluss an jede Behandlung bzw. bei Abholung des Tieres. Grundlegend ist die aus der Erbringung tierärztlicher Leistungen, ggf. der Unterbringung und Betreuung Ihres Tieres sowie der Verbrauchsgüter, der Medikamentenanwendung oder -abgabe, Futter-, Futterzusatzmittel oder Zubehörabgabe entstehende Forderung in bar oder per EC-Karte zu begleichen. Die Zahlung der Rechnung ist spätestens nach Erbringung unserer Dienstleistung, unabhängig von dem Behandlungserfolg fällig. Die Zahlungsdaten werden in unserer Praxisverwaltungssoftware gespeichert.

ICH MÖCHTE MEINE RECHNUNG FOLGENDERMASSEN ZAHLEN: (bitte ankreuzen)

bar EC-Karte

>> Bitte lesen Sie die Seite 2 und unterzeichnen Sie dort für den Behandlungsvertrag.

ALLGEMEINE DATENSCHUTZHINWEISE (siehe auch unser Merkblatt zum Datenschutz)

Unsere tierärztlichen wie auch die nicht-tierärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind aufgrund der EU-Datenschutz-Grundverordnung, § 203 Strafgesetzbuch (StGB), § 17 Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb (UWG), der Besonderen Geheimhaltungsvorschriften unserer Klinik zur Berufsverschwiegenheit verpflichtet. Zur Verschwiegenheit zählen der Umstand des Zustandekommens des Patientenverhältnisses und sämtliche Informationen, die Sie als Patientenhalter im Rahmen des Patientenverhältnisses in Bezug auf sich selbst oder Ihr Tier bzw. dessen Einsatz, Beschaffenheit, Vorerkrankungen oder tierärztliche Vorbehandlungen mitteilen. Dabei ist zu beachten, dass ein Mandatsverhältnis nicht bereits mit einer Anfrage zustande kommt. Dennoch werden wir Informationen, die sich aus solchen Anfragen ergeben, ebenfalls vertraulich behandeln. Sämtliche für die Klinik tätigen Personen sind mit den aktuellen Datenschutz- und Geheimhaltungsvorschriften vertraut und entsprechend geschult.

EINWILLIGUNG IN DIE DATENNUTZUNG ZU AKTUELLEN WEITEREN ZWECKEN (bitte ankreuzen)

Ich willige in die folgend näher bezeichnete Nutzung meiner Daten bis auf Widerruf ein:

- Die erhobenen Daten dürfen auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt werden
- Die erhobenen Daten dürfen, soweit erforderlich und angekreuzt, im Rahmen tierärztlicher Rücküberweisungen an andere tierärztliche Praxen oder Kliniken unverschlüsselt per Mail, Schnittstelle oder Fax übermittelt werden
- Die erhobenen Daten dürfen, soweit für die tierärztliche Dienstleistung erforderlich, an Untersuchungs- oder Pathologielabore, staatliche Stellen oder Bestattungsinstitute unverschlüsselt per Mail, Schnittstelle oder Fax übermittelt werden.
- Ich willige ein, dass mich die Kleintierklinik Frank telefonisch oder unverschlüsselt per Mail oder Schnittstelle über den aktuellen tiermed. Stand, Laborergebnisse und/oder den finanziellen Stand der Rechnung informiert

SCHLUSSBESTIMMUNGEN FÜR DEN DIENSTLEISTUNGSVERTRAG

Für sämtliche Auseinandersetzungen erkenne ich Freiburg als Gerichtsstand an.

Ist eine Bestimmung dieses Vertrags 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 FOLGENDES:

- Meine Angaben zu meinen Personalien sowie zum Patienten und dessen Nutzung sind korrekt
- Meine Auswahl zur Weitergabe von Informationen an Dritte
- Meine Auswahl der Zahlungsart, meine Zustimmung zu den Erklärungen als Auftraggeber sowie zu den Zahlungsmodalitäten
- Ich habe die Allg. Datenschutzhinweise zur Kenntnis genommen und verstanden
- Ich habe der Zustimmung zu der Datennutzung zu weiteren Zwecken bewusst zugestimmt
- Ich habe die Schlussbestimmungen zur Kenntnis genommen und verstanden

Ich bestätige mit meiner Unterschrift zudem, dass ich sämtliche Inhalte aufmerksam gelesen und inhaltlich verstanden habe. Hierzu wurde mir ausreichend Bedenkzeit eingeräumt.

Ort, Datum

Unterschrift



BESTÄTIGUNG DER AUSHÄNDIGUNG DER «INFORMATION ZUR DATENVERARBEITUNG»

Ich habe das Merkblatt «Information zum Datenschutz der Kleintierklinik Frank» erhalten.

Unterschrift



ANGABEN GEMÄSS DIENSTLEISTUNGSINFORMATIONSPFLICHTEN-VERORDNUNG (DLINFOV):



Kleintierklinik Dr. Frank

Dott. Matthias Frank,
Fachtierarzt für Klein- und Heimtiere
Fachtierarzt für Kleintierchirurgie

Mooswaldallee 10I
79108 Freiburg i.Br.

Tel. +49(0)761 503 6660
Fax +49(0)761 503 6677

info@kleintierklinik-frank.de
www.kleintierklinik-frank.de

Zuständige Kammer und Schlichtungsstelle:
Landestierärztekammer Baden-Württemberg
Homepage TÄ-Kammer www.ltk-bw.de

Berufsrechtliche Regelungen:
Berufsordnung der LTK Baden-Württemberg,
einsehbar auf www.ltk-bw.de

Zusatzbezeichnungen:
Dott. Matthias Frank
Fachtierarzt für Klein- und Heimtiere /
Fachtierarzt für Kleintierchirurgie,
verliehen durch die LTK Baden-Württemberg

Berufshaftpflichtversicherung:
Allianz Versicherung AG München
Geltungsbereich: Deutschland

Berufsbezeichnungen:
Tierarzt lt. Approbation
verliehen in: Bundesrepublik Deutschland