

TAP Thomas Kießling

Prakt. Tierarzt

Name, Vorname:

Kundennummer:

(wird von Praxis ausgefüllt)

WhatsApp Kontakt, wenn gewünscht:

Kreishaer Str.2b

01728 Possendorf

Tel.: 035206/21381

E-Mail, wenn Kontakt gewünscht:

Fax: 035206721383

M: info@tierarzt-kiessling.de

Einwilligung zur Datennutzung

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die TAP Kießling meine auf der Anmeldung angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung des tierärztlichen Behandlungsvertrages auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhebt.

Für jede darüber hinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen, ebenso für eine Weiterleitung an Dritte, bedarf es regelmäßig Ihrer Einwilligung. Eine solche Einwilligung können Sie nachfolgend freiwillig erteilen.

(Bitte zutreffendes ankreuzen)

- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt werden dürfen.
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen tierärztlicher Überweisungen an andere Tierarztpraxen, -kliniken übermittelt werden dürfen.
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen weiterführender Diagnostik an Untersuchungslabore und -institute übermittelt werden dürfen.
- Ich willige ein, dass mich die TAP Kießling telefonisch oder per WhatsApp und E-Mail über Laborergebnisse und Terminplanung informiert.
- Ich willige ein, dass mich die TAP Kießling per Post informiert.
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten bei Bedarf an Dritte im Zuge des Forderungseinzugs weitergegeben werden.

Ort/ Datum: _____

Unterschrift: _____

Behandlungsvertrag

Ich versichere, dass ich der 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. Ich erkläre in diesem Zusammenhang, dass ich mich zum Zeitpunkt dieser Erklärung in keinem gerichtlichen Schuldenverfahren 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.

Soweit es zur Diagnosefindung erforderlich ist, ermächtige ich den Inhaber und die Mitarbeiter der Praxis, Leistungen Dritter (Labore, Spezialuntersuchungsanstalten , u.ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.

Ich zahle die entstehenden Kosten sofort in bar oder per EC-Karte. Mir ist bekannt, dass die Praxis ein Zurückbehaltungsrecht an dem behandelten Tier zusteht, wenn ich nicht bereit oder dazu in der Lage bin, die durch die Behandlung des Tieres entstandenen Kosten in bar oder per EC-Karte zu zahlen.

Datum/ Unterschrift