

Dr. med. vet. Susanne Tröster, Fachtierärztin für Pferde, FEI Tierärztin, MRCVS

Hauptstrasse 12, 92242 Hirschau

Behandlungsvertrag

Zwischen der Pferdepraxis Dr. Susanne Tröster und

(Vor- und Zuname, Adresse)

Ich versichere, dass ich der Halter des zu behandelnden Tieres und somit berechtigt bin, einen Vertrag / den Auftrag über erforderliche Behandlungen und Operationen zu schließen.

Ich versichere des weiteren, dass ich in der Lage bin, die dafür anfallenden Kosten zu tragen, mich derzeit in keinem Schuldenverfahren befinde oder das Schuldnerverzeichnis des für mich zuständigen Amtsgerichts keine Eintragung 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 aufkomme.

Soweit es zur Diagnosefindung erforderlich ist, ermächtige ich das Praxisteam, Leistungen Dritter (Labor, Konsultation Dritter etc. ) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.

Datum und Unterschrift \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



Pferdepraxis Dr Susanne Tröster

Fachtierärztin für Pferde, FEI Tierärztin, MRCVS

Patientenaufnahme Formular

Für unsere Kundenkartei bitten wir Sie um folgende Angaben:

Vor – und Zuname

Strasse, Hausnummer PLZ, Ort

Telefonnummern (mobil/Festnetz)

Email Rechnung per Mail Ja Nein

Tiername männlich kastriert weiblich

Rasse Farbe

Geburtstdatum bzw. Alter

Lebensnummer

Mikrochip

Schlachtpferd Ja Nein Krankenversichert Ja Nein

Datum und Unterschrift \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



**Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken**

Nach Art. 6 Abs. 1a lt. DSGVO i. V. m. Art. 7 Abs. 3 lt. DSGVO

Vor- und Zuname

Strasse, Postleitlzahl, Ort

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass die Pferdepraxis Dr. Tröster meine persönlichen Daten zum Zweck der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigung erhebt.

Bitte ankreuzen

O Ich willige ein, dass meine Daten (soweit notwendig) im Rahmen tierärztlicher Überweisungen an andere Praxen bzw. Kliniken übermittelt werden dürfen.

O Ich willige ein, dass meine Daten (soweit notwendig) im Rahmen weiterführender Diagnostik an Untersuchungslabore etc. übermittelt werden dürfen.

O Ich willige ein, dass mich die Pferdepraxis Dr. Tröster telefonisch, per Email oder per Fax über die Laborergebnisse und die Terminplanung (Impferinnerungen) informiert.

Ort/ Datum Unterschrift

 Die Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen oder geändert werden.



**Datenschutzhinweis gemäß EU Datenschutz- Grundverordnung (DSGVO)**

Sehr geehrte Pferdehalterin,

sehr geehrter Pferdehalter,

zur Abwicklung des bestehenden Behandlungsvertrages zwischen Ihnen und der Pferdepraxis Dr. Tröster verarbeiten wir Ihre persönlichen Daten gemäß Art. 6 Abs. 1b der DSGVO. Es handelt sich hierbei um Ihren Namen, Ihre Anschrift, sowie Telefonnummer und Emailadresse.

Ihre Daten werden für eine Dauer von mindestens 10 Jahren bei uns gespeichert. Grund dafür sind steuerrechtliche Verpflichtungen.

Sie haben das Recht darüber Auskunft zu erhalten, welche Daten wir verarbeiten (Art. 15 DSGVO) insbesondere im Bezug auf Übermittlung. Gleichfalls habe Sie das Recht auf Berichtigung (Art. 16 DSGVO) sowie auf Löschung (Art. 17 DSGVO) und die Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 18 DSGVO).