

T I E R A R Z T P R A X I S

Hauptstraße 53b, 53804 Much • 02245-912 999 • info@tierarztpraxis-mohs-ammon.de

Anmeldeformular

Name des Auftraggebers	_____
Straße, Hausnummer	_____
PLZ/Ort	_____
Telefonnummer	_____
E-Mail*	_____

Patient:

Rufname des Tieres	_____
Tierart	<input type="checkbox"/> Hund <input type="checkbox"/> Katze <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
Rasse	_____ Gewicht _____
Geburtsdatum	_____ Geschlecht _____ kastr. <input type="checkbox"/>
Farbe/Besonderheit	_____
Ausland? (geboren oder Aufenthalt)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in _____
Unverträglichkeiten (soweit bekannt)	_____

Überwiesen von _____

Krankenversichert bei _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden _____

*freiwillige Angabe

Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken

Tierarztpraxis Dipl. vet. med. René Mohs & Dr. med. vet. Ariane Ammon

Straße Hauptstraße 53b

PLZ/Ort 53804 Much

E-Mail info@tierarztpraxis-mohs-ammon.de

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass die Tierarztpraxis Dipl. vet. med. René Mohs & Dr. med. vet. Ariane Ammon (verantwortlich: René Mohs/Dr. Ariane Ammon) meine auf der Anmeldung angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung eines 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 erteilen.

Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken

- | | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt werden dürfen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen tierärztlicher Überweisungen an andere Tierarztpraxen/-kliniken, übermittelt werden dürfen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen weiterführender Diagnostik an Untersuchungslabore und Institute übermittelt werden dürfen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich willige ein, dass mich die Tierarztpraxis Dipl. vet. med. René Mohs & Dr. med. vet. Ariane Ammon telefonisch und/oder per E-Mail zum Patienten befragt und informiert, insbesondere auch über Laborergebnisse, neue Sachverhalte, Impf-Erinnerungen und weitere Terminplanungen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch im Rahmen einer Weiterführung der Praxis durch einen Nachfolger weiter bestimmungsgemäß genutzt werden dürfen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Much, den _____

(Unterschrift)