

Stammdatenblatt



Sehr geehrter Kunde,

für die Aufnahme Ihres Pferdes in unsere Patientendatei benötigen wir Ihre persönlichen Angaben sowie die Ihres Pferdes. Damit wir alle Daten in unserem EDV-System korrekt eintragen können, bitten wir Sie dieses Formblatt vollständig auszufüllen und mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen.

KUNDENDATEN

	Eigentümer (Rechnungsempfänger)	Halter (Überbringer)
Name, Vorname:		
Straße, Hausnummer:		
PLZ, Wohnort:		
Land:		
Geburtsdatum:		
Telefon privat:		
Telefon dienstlich:		
Mobil:		
Email:		
Mitgliedschaft in der Tierseuchenkasse? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Mitgliedsnummer:		

Falls es sich bei dem Halter (Überbringer) nicht um den Eigentümer handelt:

Der Überbringer (autorisierter Vertreter) erklärt, aufgrund in Schriftform nachzureichender Vollmacht des Eigentümers zu handeln. Für den Fall, dass die Vollmacht für den Eigentümer nicht durch schriftliche Bestätigung belegt werden kann bzw. der Behandlungsvertrag durch den Eigentümer nicht nachträglich genehmigt wird, kommt der Behandlungsvertrag mit dem Überbringer zu Stande.

PATIENTENDATEN

Name:	
Geburtsdatum:	Geschlecht: Stute <input type="checkbox"/> Hengst <input type="checkbox"/> Wallach <input type="checkbox"/>
Rasse:	Farbe:
Reitstall / Stallanlage in der das Pferd untergebracht ist:	
Das aufgeführte Pferd wird gewerblich gehalten oder der Rechnungsempfänger ist gewerblicher Pferdehalter: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Tierhalterversicherung für das eingelieferte Pferd besteht: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Equidenpass vorhanden: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Arzneimittelanhang vorhanden: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Das aufgeführte Pferd ist laut Equidenpass zur Schlachtung bestimmt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Equidenpass- bzw. Lebensnummer:	
Chip (Transponder-Nummer):	
OP-Versicherung: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Tarif:	Gesellschaft:
Verkehrswert ca. (definiert die Haftung der Klinik in einem Regressfall):	

Haustierarzt	Überweisender Tierarzt
Name, Vorname:	Name, Vorname:
Anschrift:	Anschrift:
Land:	Land:
Tel.:	Tel.:
Mobil:	Mobil:
Fax:	Fax:
Mail:	Mail:

Einwilligung nach Art. 6 Abs. 1 Satz 1 a) i.V.m Art.7 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Weitergabe von Daten an Dritte:

Eine Übermittlung Ihrer persönlichen Daten an Dritte zu anderen als den im Folgenden aufgeführten Zwecken findet nicht statt. Im Zuge des zukünftigen zwischen Ihnen und uns bestehenden Behandlungsvertrags werden im Bedarfsfall Proben des zu behandelnden Tieres zur Auswertung an Labore weitergegeben. Außerdem nutzen wir Dienstleister zur Verarbeitung der digitalen bildgebenden Verfahren und der Verwaltung der Krankenakten inkl. Abrechnungswesen (Kliniksoftware), sowie Dienstleister zum Zwecke der Tierkörperbeseitigung und für das ggfs. erforderliche Mahnverfahren für erbrachte Leistungen. Die von Ihnen im Versicherungsfall abgetretenen, erbrachten Leistungen rechnen wir direkt mit dem von Ihnen angegebenen Versicherungsunternehmen ab. Die von uns beauftragten Dienstleister rechnen gegebenenfalls die erbrachten Leistungen direkt mit Ihnen ab. Die zu diesem Zweck vom Dienstleister verarbeiteten Daten werden dort nach Zweckerreichung und/oder Ablauf rechtlicher Aufbewahrungsfristen, spätestens jedoch nach 15 Jahren, gelöscht.

Mit Ihrer folgenden Einwilligung geben Sie Ihr freiwilliges Einverständnis zu der vorgeschriebenen Datenverarbeitung.

- Hiermit erkläre ich ausdrücklich mein Einverständnis mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten in dem vorgeschriebenem Umfang und der beschriebenen Art und Weise. Dies beinhaltet auch die Übermittlung an die oben genannten Institutionen.

Ich willige in die Nutzung meiner personenbezogenen Daten ein:

- Für die interne Kommunikation zwischen der Pferdeklinik St. Georg in Trier und mir (Übermittlung von Laborergebnissen, Röntgenbildern, etc.).
 ja nein
- Weitergabe an Dritte im Bezug auf einen konkreten Untersuchungs- und Behandlungsauftrag und zwar: an ein externes Labor, an einen überweisenden Tierarzt oder Haustierarzt, Hufschmied, Osteopath/Chiropraktiker, Inkassounternehmen, Tierkörperbeseitigung und an eine von Ihnen angegebene Versicherung.
 ja nein

Wenn Sie sich mit den hier geschilderten Vorgängen als **nicht einverstanden** erklären, können wir den Behandlungsauftrag für Ihr Tier leider nicht entgegennehmen, da wir in diesem Fall den gesetzlichen Vorschriften, u. a. aus §§ 611 ff. BGB, § 14 Abs. 4 UStG in Verbindung mit § 33 UStDV nicht nachkommen könnten.

- Übermittlung von medizinisch relevanten Informationen (Newsletter) durch die Pferdeklinik St. Georg in Trier (amtliche Bekanntgaben, Gefahrenmeldungen, gesetzliche Neuerungen, Fortbildungen, etc.).
 ja nein

Diese Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen oder abgeändert werden. Der Widerruf ist postalisch oder per E-Mail an info@pferdeklunik-trier.de zu senden. Eine Folge des Widerrufs kann dann jedoch sein, dass wir das Behandlungsverhältnis nicht mehr oder nicht mehr im bisherigen Umfang fortführen können.

Die Übermittlung von Patientendaten durch die Pferdeklinik St. Georg in Trier an Dritte (Krankheitsberichte, bildgebendes Material, etc.) bleibt hiervon unberührt und bedarf einer ausdrücklichen vorherigen Entbindung von der Schweigepflicht durch den Auftraggeber.

Trier, den _____

Unterschrift Eigentümer oder Überbringer (autorisierter Vertreter)

Name in Druckbuchstaben