



Mitarbeiterkürzel



### Patientenaufnahmeschein und Behandlungsvertrag

Angaben zum Auftraggeber			
Name	Vorname	Titel	Geburtsdatum Auftraggeber
Straße		PLZ	Ort
Telefon privat	Telefon dienstlich		Telefon mobil
eMail			Fax
Angaben zum Patienten			
Rufname des Tieres	Rasse		Geburtsdatum
Geschlecht männlich <input type="checkbox"/>	kastriert <input type="checkbox"/>	Farbe	Gewicht <input type="checkbox"/>
weiblich <input type="checkbox"/>		Ist Ihr Tier krankenversichert? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> wenn ja, bei welcher Gesellschaft?	
<b>Haustierarzt</b>			
<b>Überweisender Tierarzt</b>			
<b>Physiotherapeut / Chiropraktiker / Osteopath</b>			
Ich bezahle (bitte ankreuzen)			
Bar <input type="checkbox"/>		EC-Karte <input type="checkbox"/>	
Hinweis: Wir bitten um Begleichung der Rechnung im Anschluss an jede Behandlung.			

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

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und deshalb berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung erforderlicher Behandlungen und Operationen zu schließen. Ich bin willens und in der Lage, die entstehenden Kosten zu tragen. 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.

Wir unterliegen der tierärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 Strafgesetzbuch. Falls Sie wünschen, dass wir außer Ihnen noch weiteren Personen Auskunft geben dürfen:

ja, wem: \_\_\_\_\_  Ehegatte  Lebenspartner  Nein

Ich willige ein, dass der Inhaber / die Mitarbeiter der Praxis meine E-Mail-Adresse/Mobilfunknummer sowie meine sonstigen im Aufnahmebogen angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Informationen oder zur Erinnerung von vereinbarten Terminen zeitlich unbegrenzt verarbeiten darf. Meine Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft durch eine Mitteilung per E-Mail oder Brief an den Tierarzt/die Tierärztin kostenfrei widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird durch den Widerruf nicht berührt.

- Fortsetzung Seite 2

**Vetacare**  
Dr. Philipp Winkels  
Otto-Hahn-Allee 25  
50374 Erftstadt  
Telefon: 02235-17050580

Finanzamt Erftstadt  
Ust-ID-Nr. nach §27a: DE293747716  
Mail: [info@vetacare.de](mailto:info@vetacare.de)  
Homepage: [www.vetacare.de](http://www.vetacare.de)

## Patientenaufnahmeschein, Seite 2

### Informationen zur Datenverarbeitung nach Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Im Einklang mit der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) informieren wir Sie darüber, zu welchem Zweck wir Ihre Daten verarbeiten. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

#### 1. Verantwortlich für die Datenverarbeitung

Vetacare  
Dr. Philipp Winkels  
Otto-Hahn-Allee 25, 50374 Erftstadt

#### 2. Datenschutzbeauftragter

Die Kontaktdaten unseres Datenschutzbeauftragten lauten:  
Ralf Fix, Tel.: 06245-9945570  
E-Mail: [vetacare@tierarzt-datenschutz.de](mailto:vetacare@tierarzt-datenschutz.de)

#### 3. Verarbeitung von personenbezogenen Daten

Personenbezogene Daten werden von uns nur dann verarbeitet, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder sofern Sie in die Datenverarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten einwilligen.

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten insbesondere im Rahmen einer gesetzlichen Erlaubnis auf der Rechtsgrundlage von Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe b) DSGVO, um einen Behandlungsvertrag mit Ihnen zu erfüllen oder zur Durchführung erforderlicher vorvertraglicher Maßnahmen, welche auf Ihre Anfrage erfolgen. Stellen Sie uns diese Informationen nicht zur Verfügung, können wir keine Behandlungsleistung erbringen. Haben Sie in die Übersendung von Informationen per E-Mail eingewilligt, erfolgt die Datenverarbeitung auf der Rechtsgrundlage von Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe a) DSGVO.

Der Zweck der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten besteht demnach darin, Ihre Anfragen nach Behandlungen Ihres Tieres zu bearbeiten, die notwendigen Krankenakte im Falle einer Behandlung zu führen, zur gesetzlich vorgeschriebenen Dokumentation und zur Abrechnung unserer Leistungen. Zu diesen Zwecken dürfen diese Daten auf der Rechtsgrundlage von Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe b) DSGVO auch an Dritte, welche wir zur Erfüllung des Behandlungsvertrages zwingend benötigen, weitergegeben werden (z.B. Überweisungspraxen/ -kliniken, Labore, etc.). Sofern Sie in die Übersendung von Informationen per E-Mail eingewilligt haben, besteht der Zweck der Datenverarbeitung darin, Ihnen Informationen über tierärztliche Leistungen und/oder Erinnerungen zu Terminen zu übersenden.

Eine Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten an andere Dritte erfolgt ansonsten nur, wenn wir dazu gesetzlich verpflichtet sind, um Rechtsansprüche geltend zu machen, gegebenenfalls begangene Straftaten aufzuklären oder sofern Sie ausdrücklich in die Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten einwilligen.

Weitere Informationen zu unserem Kundendatenschutzhandeln finden Sie unter <https://vetacare.de/2018/05/23/kundendatenschutz/>

Für sämtliche Auseinandersetzungen erkenne ich Erftstadt als Gerichtsstand an.

Datum:	Unterschrift:
Erftstadt, den  _____	  _____

#### Angaben gemäß Dienstleistungsinformationspflichten-Verordnung (DLInfoV):

##### Zuständige Kammer und Beschwerdestelle:

Tierärztekammer Nordrhein  
[www.tieraerztekammer-nordrhein.de](http://www.tieraerztekammer-nordrhein.de)

##### Berufsrechtliche Regelungen

Berufsordnung und Heilberufegesetz einsehbar  
einsehbar auf [www.tieraerztekammer-nordrhein.de](http://www.tieraerztekammer-nordrhein.de)

##### Zusatzbezeichnungen: Dr. med. vet. Philipp Winkels, Dipl. ECVS, Dipl. ACVSMR, CCRT

Fachtierarzt für Klein- und Heimtiere, verliehen durch LTK Sachsen  
Diplomate des European College of Veterinary Surgeons (ECVS), verliehen in Zürich (CH)  
Diplomate des American College of Veterinary Sportsmedicine and Rehabilitation, verliehen in Fort Collins (CO, USA)  
CCRT Certified Canine Rehabilitation Therapist, verliehen in Wellington (FL, USA)

##### Abrechnungsgrundlagen

Wir rechnen die tierärztlichen Leistungen nach der Gebührenordnung für Tierärzte (GOT) und Medikamente nach der Arzneimittel-Preisverordnung (AmPrV) ab.

##### Berufshaftpflichtversicherung

Continentale Sachversicherung AG, Dortmund  
Geltungsbereich: Deutschland

##### Berufsbezeichnung

Tierarzt lt. Approbation verliehen in:  
Bundesrepublik Deutschland