|  |  |
| --- | --- |
| **Datenschutzhinweis gemäß EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)**  Sehr geehrte Tierhalterin, sehr geehrter Tierhalter,  **zur Abwicklung des zwischen Ihnen und unserer Tierärztlichen Praxis für Pferde einzugehenden Behandlungsvertrags verarbeiten wir von Ihnen sogenannte personenbezogene Daten (gemäß Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO). Das sind Ihr Name, Ihre Anschrift(en), evtl. Zweitkontakt(e)/andere Verantwortliche, Telefonnummer(n) und E-Mailadresse(n). Die beiden Letztgenannten nutzen wir, um auf schnellem Weg mit Ihnen zu kommunizieren, falls es während einer Behandlung dringend notwendig ist oder auch, um mit Ihnen Behandlungstermine abzustimmen.**  Der für diese Datenverarbeitung zuständige Verantwortliche in unserer Praxis ist Herr Sergej Zeller (gemäß Art. 3 und 5 DSGVO). Bei Zustandekommen eines Behandlungsvertrags werden vorbenannte Daten für eine Dauer von mindestens 10 Jahren ab Erhebungsdatum bei uns gespeichert. Grundlage dafür sind steuerrechtliche Verpflichtungen, Rechnungsdaten mindestens für diese Zeitspanne aufzubewahren. Die erhobenen Daten werden nach Ablauf dieses Zeitraumes gelöscht, es sei denn, es stehen steuerrechtliche oder andere gesetzliche Verpflichtungen dagegen oder sie sind weiterhin zur Erfüllung des ursprünglichen Zwecks, für den sie verarbeitet wurden, erforderlich.  Sie haben das Recht auf Auskunft darüber, ob wir von Ihnen personenbezogene Daten verarbeiten und wenn dies zutrifft, welche wir verarbeiten (Art. 15 DSGVO). Dies betrifft besonders den Verarbeitungszweck, die Kategorie der personenbezogenen Daten, die Kategorien von Empfängern, denen Ihre Daten übermittelt werden und die Speicherdauer Ihrer Daten. Gleichfalls steht Ihnen das Recht auf Berichtigung dieser Daten zu, wenn sie fehlerhaft verarbeitet wurden (Art. 16 DSGVO). Des Weiteren haben Sie das Recht auf Löschung (Art. 17 DSGVO) und Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 18 DSGVO) sowie auf Widerspruch gegen die Verarbeitung Sie betreffender, personenbezogener Daten (Art. 21 DSGVO). Für Sie besteht außerdem ein Beschwerderecht bei einer datenschutzrechtlich zuständigen Aufsichtsbehörde (Art. 77 DSGVO).  Die Ausübung der vorbeschriebenen Rechte ist gegenüber dem eingangs benannten Verantwortlichen unserer Einrichtung zu erklären. Sie haben das Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO), d. h. Übermittlung der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesebaren Format an sich selbst oder an einen anderen Verantwortlichen.  Ihre personenbezogenen Daten werden nur an Dritte weitergegeben, wenn Sie Ihre ausdrückliche Einwilligung freiwillig dazu erteilt haben (Art. 6 Abs. 1 Satz 1 a) DSGVO) oder die Weitergabe zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich ist und kein Grund zur Annahme besteht, dass Sie ein überwiegendes schutzwürdiges Interesse an der Nichtweitergabe Ihrer Daten haben (Art. 6 Abs. 1 Satz 1 f), Abs. 4 DSGVO). Eine Weitergabe erfolgt weiterhin für den Fall, dass dafür eine gesetzliche Verpflichtung besteht (Art. 6 Abs. 1 Satz 1 c) DSGVO) oder dies gesetzlich zulässig und für die Abwicklung von Vertragsverhältnissen mit Ihnen erforderlich ist (Art. 6 Abs. 1 Satz 1 b) DSGVO).  Wenn Sie uns eine schriftliche Einwilligung zur Datenverarbeitung für bestimmte Zwecke erteilen (Art. 6 Abs. 1 a DSGVO), kann diese jederzeit und grundlos widerrufen werden (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).  Zur Abwicklung unserer Abrechnungen aus dem Behandlungsverhältnis arbeiten wir mit dem Unternehmen Tierärztliche Verrechnungsstelle Heide zusammen. An dieses werden die oben benannten Daten zur Forderungsbeitreibung übermittelt.  **Sind Sie mit den hier geschilderten Vorgängen nicht einverstanden, können wir Ihr Tier leider nicht behandeln, 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.** | **Einwilligung nach Art. 6 Abs. 1 Satz 1 a) i.V.m Art.7 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)**  Im Zuge des zukünftigen zwischen Ihnen und uns bestehenden Behandlungsvertrags werden Proben des zu behandelnden Tieres zur Auswertung an Labore weitergegeben.  Außerdem nutzen wir einen Dienstleister zur Abrechnung über die erbrachten Leistungen. Zum notwendigen und erforderlichen Zweck der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses werden über die bereits benannten Daten weitere personenbezogene Daten, wie Bonitätsauskünfte, Geburtsdatum, Bankverbindung verarbeitet. Die von uns beauftragten Dienstleister rechnen die erbrachten Leistungen zudem 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 vorbeschriebenen Datenverarbeitung.  - Hiermit erkläre ich ausdrücklich mein Einverständnis mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten in dem vorbeschriebenem Umfang und der beschriebenen Art und Weise. Dies beinhaltet auch die Übermittlung an die benannten Labore und Dienstleister zur Abrechnung der von mir in Anspruch genommenen Leistungen im Rahmen des anstehenden Behandlungsvertrages.  - Ich willige in die Verarbeitung meiner Daten zum Zwecke des Einholens von Bonitätsauskünften über meine Person, die mit dem vertraglichen Verhältnis zur Behandlung meines Tieres in Zusammenhang stehen, durch die benannten Dienstleister ein.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Name  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift  Ort, Datum  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift  Diese Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen oder abgeändert werden. Der Widerruf ist postalisch oder per E-Mail an uns zu senden. Eine Folge des Widerrufes kann dann jedoch sein, dass wir das Behandlungsverhältnis nicht mehr oder nicht mehr im bisherigen Umfang fortführen können. |

**Ich bin damit einverstanden, dass das Pferd im Falle eines Therapienotstandes mit Arzneimitteln behandelt wird, die nicht für die Anwendung bei Pferden oder anderen lebensmittelliefernden Tieren zugelassen sind. Mir ist bekannt, dass eine Verwendung des o. g. Pferdes zur Gewinnung von Lebensmitteln ein Verstoß gegen das Lebensmittelgesetz darstellt und als Straftat geahndet werden kann. In diesem Falle versichere ich, dass das in die Pferdepraxis Stolk eingewiesene Pferd nicht der Lebensmittelgewinnung zugeführt wird. Diese Erklärung gilt unbefristet. Weitere Informationen zu diesem Thema finde Sie im Merkblatt *Besitzer-Informationen zum Thema Arzneimittelgesetz bei* *lebensmittelliefernden Tieren „Schlachtpferd / Nichtschlachtpferd“.***

**Wir weisen darauf hin, dass die Klinik nicht für Schäden am Tier sowie bei Verlust des Pferdes haftet, soweit die Klinik nicht gegen diese Schäden versichert ist oder diese Schäden nicht auf Vorsatz oder grob fahrlässigem Verhalten der Tierärzte oder ihrer Mitarbeiter beruhen. Der Behandlungs-vertrag wird für die heutige sowie für alle weiteren Untersuchungen und Behandlungen in der oben genannten Pferdepraxis geschlossen.**

**Der anonymisierten Verarbeitung von Daten und Material meines Pferdes im Rahmen von wissenschaftlichen Studien stimme ich zu. Ein Widerruf des Behandlungsvertrages muss schriftlich an die oben genannte Pferdeklinik erfolgen.**

**Bitte haben Sie auch dafür Verständnis, dass wir für Kfz-Schäden, Schäden an Anhängern, Diebstahl von Anhängern, Verlust und Beschädigung von Halftern, Decken etc. keine Haftung übernehmen können.**

**Zahlungsmöglichkeiten:**

**Sie haben in unserer Praxis die Möglichkeit in bar oder EC zu bezahlen,**

**bei Bestandskunden schreiben wir auch gerne Rechnungen aus.**

**Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich diese Information gelesen und zur Kenntnis genommen habe. Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und akzeptiere die Behandlungsbedingungen.**

Ort, Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sehr geehrte/-r Patientenbesitzer/-in,**

**Sie haben heute Ihr Pferd für eine Untersuchung/Behandlung in unserer Praxis vorgestellt/eingestellt. Wir danken Ihnen für das entgegengebrachte Vertrauen. Selbstverständlich werden wir alles daran setzen, diesem gerecht zu werden. Jedoch gibt es in seltenen Fällen Komplikationen, über die wir Sie hiermit aufklären möchten:**

**Bei tierärztlichen Eingriffen, wie Gelenks-, Sehnenscheiden-, Gefäßpunktionen bzw. Injektionen, kann es trotz fachgerechter Durchführung zu Komplikationen kommen. In Einzelfällen können infektiöse, allergische oder sonstige Folgeerkrankungen sowie Thrombosen auftreten.**

**Da jede intensive Behandlung, sowie Transport und Umstellung des Pferdes eine Stresssituation für den Organismus des Tieres darstellt, was eine Schwächung des Immunsystems zu Folge hat, können während des Praxisaufenthaltes Erkrankungen jeder Art auftreten. Die aufgelisteten Komplikationen sind auf ganz wenige Einzelfälle beschränkt. Wir halten es dennoch für unsere Pflicht, Sie über die Problematik und Risiken aufzuklären. Der Behandlungsvertrag wird für die heutige sowie für alle weiteren Untersuchungen und Behandlungen in der oben genannten Praxis geschlossen. Ein Widerruf des Behandlungsvertrages muss schriftlich an die oben genannte Praxis erfolgen.**

**Sollte bei Ihrem Pferd eine Operation durchgeführt werden verweisen wir auf das Formular *"Informationsblatt Operation"* welches Sie bitte vor der Operation unterschreiben. Ohne Unterschrift kann eine Operation nicht durchgeführt werden.**

**Erstaufnahme des Patienten**

**Herzlich Willkommen in unserer Pferdepraxis,**

**vor der ersten Untersuchung Ihres Pferdes benötigen wir noch einige Angaben von Ihnen, diese unterliegen der strengen ärztlichen Schweigepflicht und werden nicht ohne Ihre vorherige Einwilligung an Dritte weitergegeben.**

**Besitzer / Rechnungsempfänger:** **O** Herr **O** Frau **O** Divers

Nachname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Zusendung von Röntgenbildern, Laborbefunden etc.

**Patient:**

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geschlecht: **O** Stute **O** Hengst **O** Wallach

Lebensnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Chip-Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rasse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Farbe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geburtsjahr: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Im Equidenpass eingetragen als **O** Schlachtpferd **O** Nichtschlachtpferd

Kranken/OP-Versicherung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Frühere Erkrankungen/Operationen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allergien/Fütterungsunverträglichkeiten: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Überweisender Tierarzt/Haustierarzt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zusätzliche Vereinbarungen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_