



Behandlungsvertrag

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Ich versichere, dass ich Besitzer des Tieres, volljährig und deshalb berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung erforderlicher Behandlungen und Operationen zu schließen. Ich versichere ferner, dass ich willens und in der Lage bin, die dadurch entstehenden Kosten zu tragen. Ich erkläre in diesem Zusammenhang, dass ich mich zum Zeitpunkt dieser Erklärung in keinem gerichtlichen Schuldenverfahren befinde, und dass Schuldnerverzeichnis des für mich zuständigen Amtsgerichts keine Eintragungen über meine Person aufweist.

Sofern ich nicht Besitzer des Tieres bin, versichere ich, im ausdrücklichen Auftrag des Tierbesitzers zu handeln. Fehlt es an einer Bevollmächtigung, oder stellt der Tierbesitzer eine Bevollmächtigung in Abrede, bestätige ich hiermit, dass ich für die entstehenden Kosten aus der Behandlung aufkommen werde.

Vollmacht des Tierbesitzers liegt anbei ist nicht vorhanden

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

Mir ist bekannt, dass der Praxis/Klinik ein Zurückbehaltungsrecht an dem behandelten Tier zusteht, wenn ich nicht bereit oder dazu in der Lage bin, die durch die Behandlung des Tieres entstandenen Kosten zu zahlen.

Ort, Datum

Unterschrift

Stand: 1.1.2022





Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutz

Mit meiner Unterschrift willige ich als Auftraggeber darin ein, dass die tierärztliche Praxis/Klinik meine auf der Anmeldung und dem Behandlungsvertrag angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages auf Basis des Art. 6 Abs. 1 DSGVO erhebt.

Für jede darüberhinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Information, ebenso für eine Weiterleitung an Dritte, bedarf es regelmäßig Ihrer Einwilligung. Eine solche Einwilligung können Sie nachfolgend freiwillig erteilen.

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Email: _____

Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken

Sind Sie mit den folgenden Nutzungszwecken einverstanden, kreuzen Sie diese bitte entsprechend an. Wollen Sie keine Einwilligung erteilen, lassen Sie die Felder bitte frei.

- Ich erteile meine Einwilligung, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen tierärztlicher Überweisung an andere Tierarztpraxen, -kliniken übermittelt werden. Dass die personenbezogenen Daten im Rahmen weiterführender Diagnostik an Untersuchungslabore und Institute übermittelt werden dürfen.

Das Zentrum für Pferdemedizin Königsutter darf mich telefonisch über die Terminplanung und Laborergebnisse informieren, sowie auf den postalischen Weg kontaktieren.

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die tierärztliche Praxis/Klinik bei der stationären Aufnahme meines Pferdes, die zu der Identifizierung meines Tieres nötigen Informationen (Nachname und Name des Pferdes, sowie Fütterung) auf dem Boxenschild aufgeführt werden und evtl. von Dritten einsehbar sind.





Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch für die zukünftigen Behandlungsverträge genutzt werden dürfen und dass die erhobenen Daten ebenfalls im Rahmen einer Weiterführung der Praxis durch einen Nachfolger oder zusätzlichen Inhaber weiter bestimmungsgemäß genutzt werden dürfen.

Ich möchte die Rechnung:en wie folgt erhalten:

per Mail per Post

*BFS-Rechnungen sind hiervon ausgeschlossen!

Ich möchte an die Impfung meines Tieres/ meiner Tiere per E-Mail erinnert werden.

ja nein

Ort, Datum

Unterschrift



Datenschutzhinweise

Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns wichtig. Wir verarbeiten Ihre Daten ausschließlich im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen (EU- Datenschutz-Grundverordnung, Bundesdatenschutzgesetz). Nachfolgend informieren wir Sie über die wichtigen Aspekte der Datenverarbeitung im Rahmen unserer Geschäftsbeziehung.

Erhebung und Verarbeitung von Daten

Wir verarbeiten jene Daten, die Sie uns als Kunde zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen und bei Abschluss des Vertrages zur Verfügung stellen. Die Datenverarbeitung erfolgt zu folgenden Zwecken:

Im Rahmen unserer Geschäftsbeziehung werden zumindest mit Hilfe teilweiser bzw. überwiegender Automatisierung (z. B. E-Mailverkehr, Zeichenprogramme) und in Form von archivierten Textdokumenten (z. B. Korrespondenz, Verträge, Pläne, Bescheide, Handakte, personalisierte Rechnungen) die von Ihnen angegebenen Daten verarbeitet, um vorvertragliche Maßnahmen durchführen und den Vertrag erfüllen zu können.

Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt auf Basis des Art. 6 Abs. 1 lit. b der DSGVO (Vertragsanbahnung- und -erfüllung). Zum Abschluss und zur Durchführung eines Untersuchungs-/Behandlungsvertrages und um diesen zu Ihrer vollständigen Zufriedenheit abwickeln zu können, benötigen wir Ihre Daten (Name und Wohnanschrift). Außerdem erfolgt die Datenverarbeitung auf Basis der Art. 6 Abs. 1 lit. a (Einwilligung). Wir möchten Sie als Interessenten/Interessentin aktuell und gezielt über unsere Dienstleistungen, insbesondere in Form von Impferinnerungen und Projekte (insbesondere über die Veranstaltung eines »Tags der offenen Tür«) informieren.

Nutzung der Daten

Ihre Daten verwenden wir nur zur Abwicklung des Vertrages, zur Beantwortung Ihrer Anfragen, zu Buchhaltungs- und Verrechnungszwecken und für die technische Administration.

Die Löschung Ihrer Daten erfolgt, wenn Ihre Daten zur Erfüllung des mit der Speicherung verfolgten Zweckes nicht mehr erforderlich sind, oder wenn die Speicherung aus gesetzlichen Gründen unzulässig wird. Daten für Abrechnungszwecke und buchhalterische Zwecke werden von einem Löschungsverlangen nicht berührt.

Eine Löschung der Daten kann nicht erfolgen, wenn uns rechtliche Bestimmungen zur Aufbewahrung bzw. zur Speicherung verpflichten.

Ihre Rechte

Sie haben grundsätzlich das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragbarkeit, Widerruf und Widerspruch. Wenn Sie glauben, dass die Verarbeitung Ihrer Daten gegen das Datenschutzrecht verstößt oder Ihre Datenschutzrechtlichen Ansprüche in einer anderen Weise verletzt worden sind, können Sie sich bei der Aufsichtsbehörde beschweren. Ihr Recht auf Einschränkung der Verarbeitung beinhaltet die Befugnis, Ihre Einverständniserklärung zur Weiterleitung Ihrer Daten an Dritte zu widerrufen.

Stand: 1.1.2022

Liebe Tierhalterin, lieber Tierhalter,

uns ist es wichtig, Ihr Tier optimal und umfassend zu behandeln und zu betreuen. Damit uns hierfür bei dem ständig wachsenden Verwaltungsaufwand möglichst viel Zeit zur Verfügung steht, arbeiten wir im Bereich der Abrechnung mit der BFS health finance GmbH zusammen, einem hierauf spezialisierten Tochterunternehmen des Bertelsmann Konzerns.



BFS health finance GmbH
Hülshof 24 . 44369 Dortmund
Tel. 0231-945362-999
Fax 0231 945362-688
kundenservice@meinebfs.de
meinebfs.de

Im Rahmen der Zusammenarbeit mit BFS werden gegebenenfalls Adresdaten (Name, Geburtsdatum und Anschrift) zum Zwecke der Bonitätsprüfung an die infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden oder an die SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden übermittelt.

BFS gewährleistet die korrekte Bearbeitung der von uns vorgegebenen Rechnungen und steht Ihnen bei allen Fragen zu Ihrer Rechnung gerne zur Verfügung. Ferner haben Sie die Möglichkeit, Ihre Wunschbehandlung über BFS per Teilzahlung zu finanzieren.

Bitte beachten Sie für weitere Informationen zum Datenschutz unser Informationsblatt. Weitergehende Informationen zum Thema Datenschutz bei BFS und zu Ihren Rechten erfahren Sie unter: <https://meinebfs.de/datenschutz/>

Wir bedanken uns für Ihr Verständnis

Ihr Tierarztpraxis-Team

Ich bin damit einverstanden, dass meine Adresdaten an BFS weitergegeben werden. Vorstehende Erklärungen können mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Zur Aktualisierung unseres Adressbestandes bitten wir um folgende Angaben:

Vorname, Name

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon (tagsüber erreichbar)

E-Mail-Adresse