



## Tierarztpraxis

Hubertus Bolte  
prakt. Tierarzt

Kolpingstraße 2  
97447 Gerolzhofen

Tel: 09382 - 13 43

### Sprechzeiten

Mo - Fr: 09.00h - 10.30h

Mo, Di, Mi, Fr: 16.30h - 19.00h

Sa: nach Vereinbarung

### Herzlich Willkommen in meiner Tierarztpraxis

Um in Zukunft alle Informationen über Ihr Tier zur Hand zu haben, legen wir für jeden Patienten eine Kartei an. Dafür benötigen wir einige Angaben über Sie und Ihr Tier. Diese Angaben werden von uns selbstverständlich streng vertraulich behandelt und fallen unter die ärztliche Schweigepflicht.

#### Angaben zum Besitzer:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Nr: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

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

#### Angaben zum Patienten:

Tierart: \_\_\_\_\_ Rasse: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum/Alter: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  weiblich  männlich  kastriert

Die Kosten für tierärztliche Behandlungen werden nach der Gebührenordnung für Tierärzte zuzüglich gesetzlicher Mehrwertsteuer berechnet. Medikamentenkosten werden nach der Arzneimittelabgabeverordnung berechnet.

#### Einverständniserklärung:

Ich bin einverstanden, dass – soweit medizinisch erforderlich – Dritte mit Arbeiten betraut werden, die in unserer Praxis nicht durchzuführen sind, z.B. externes Labor, vor und nach behandelnde Tierärzte. Ich versichere, dass ich der Halter des Tieres bin oder im ausdrücklichen Auftrag des Tierhalters handele.

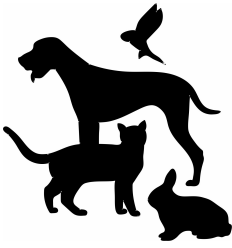
Für die entstehenden Kosten aus Untersuchung und Behandlung komme ich am Behandlungstag auf.

Ich bin damit einverstanden, dass die Tierarztpraxis meine persönlichen Daten zur Rechnungserstellung speichert.

Ich bin damit einverstanden, dass die Tierarztpraxis mich telefonisch kontaktiert.

Diese Einverständniserklärung kann ich jederzeit schriftlich widerrufen.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_



## Tierarztpraxis

Hubertus Bolte  
prakt. Tierarzt

Kolpingstraße 2  
97447 Gerolzhofen

Tel: 09382 - 13 43

### Sprechzeiten

Mo - Fr: 09.00h - 10.30h

Mo, Di, Mi, Fr: 16.30h - 19.00h

Sa: nach Vereinbarung

## Einverständniserklärung des Tierhalters

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Nr: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

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

Sie werden gebeten, durch Ihre Unterschrift zu bestätigen, diese Information zur Kenntnis genommen zu haben.

Auch nach dem Inkrafttreten der DSGVO bedarf es weiterhin keiner ausdrücklichen Einwilligung der Tierhalter in die **Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten**, sofern die Erhebung zur Erfüllung des Tierarztbehandlungsvertrages erforderlich ist (Art. 6 Abs. 1 Buchstabe a) DSGVO).

Folgende Daten sind hiervon erfasst: Name des Tierhalters, Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Behandlungstage, erbrachte Leistungen gemäß GOT, Arzneimittel und Diagnosen.

Das Inkrafttreten der DSGVO ändert nichts an den geltenden gesetzlichen Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten, denn gemäß Art. 17 Abs. 3 Buchstabe b) DSGVO gelten die Löschungspflichten nicht, soweit die Verarbeitung zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung erforderlich ist.

Somit gelten z.B. für die Aufbewahrung steuerlich relevanter tiermedizinischer Dokumentationen weiterhin die Ordnungsvorschriften für die Aufbewahrung von Unterlagen des § 147 Abgabenordnung (AO). Nach § 147 Abs. 3 AO sind die in Abs. 1 genannten Unterlagen je nach Art 6 oder 10 Jahre lang aufzubewahren.

Auch berufsständische Regelungen über **Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten**, in Bayern insbesondere § 16 Abs. 1 BOT, sind eine geeignete Rechtsgrundlage im Sinne der DSGVO.

Einem Löschverlangen des Tierhalters kann demgemäß im Hinblick auf die bestehenden Rechtsnormen zur Aufbewahrung widersprochen werden. Nach Ablauf der Aufbewahrungsfristen werden die o.a. Daten gelöscht. Insoweit hat der Tierhalter einen **Rechtsanspruch auf Löschung** seiner Daten.

Ferner hat der Patientenbesitzer insoweit ein **Auskunftsrecht**, als er jederzeit vom Tierarzt Auskunft über die zu seiner Person gespeicherten Daten verlangen kann.

Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie Ihr Einverständnis, dass Ihre personenbezogenen Daten weitergegeben / verwendet werden können

- an Tierärztliche Verrechnungsstellen, Inkassobüros
- an andere Tierärzte oder Kliniken zur Weiterbehandlung
- an Labore und Institute zum Zwecke der Diagnostik
- für den Bezug des Praxis-Newsletters
- für den Bezug von Impferinnerungskarten.

Mein insoweit erklärtes Einverständnis kann ich **jederzeit** (schriftlich per Post oder per Mail) **widerrufen**.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_