

Kleintierpraxis Mirjam Fiddicke
Lüßstraße 10
75438 Knittlingen

07043 / 938 8229
info@fiddicke.de

ANMELDEFORMULAR

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Angaben zum Tierbesitzer:

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon Privat: _____

Telefon Mobil: _____

Telefon Geschäftlich: _____

Mailadresse: _____

Wir möchten Ihnen gerne auf diesem Wege Impferinnerungen und auf Wunsch auch Rechnungen oder andere Untersuchungsergebnisse zukommen lassen.

Ich bin damit einverstanden, dass mich die Tierarztpraxis kontaktieren darf.

Angaben zum Tier:

Name: _____

Tierart: _____

Rasse: _____

Fellfarbe: _____

Geburtsdatum: _____ oder ca. _____ Jahre alt

Geschlecht: männlich weiblich kastriert

Chip Nr. / Transponder Nr. / Tattoo: _____

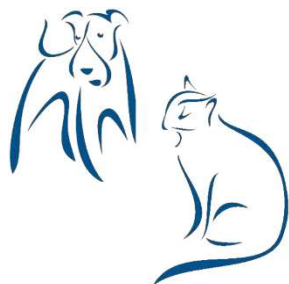
Hiermit bestätige ich, dass die oben gemachten Angaben korrekt von mir ausgefüllt wurden.

Die Medikamente und Leistungen werden sofort nach der Behandlung abgerechnet – sie können entweder in Bar oder per EC- Karte bezahlen.

Knittlingen, den _____

Unterschrift: _____

DATENSCHUTZERKLÄRUNG gemäß EU – DSGVO



Kleintierpraxis Mirjam Fiddicke
Lüßstraße 10
75438 Knittlingen

07043 / 938 8229
info@fiddicke.de

Erklärender:

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Auf Grund der Datenschutzgrundverordnung (EU – DSGVO) benötigen wir von Ihnen zur Datenerhebung und Datenspeicherung folgende Zustimmung:

Zur Vereinfachung des eigenen Verwaltungsaufwandes unserer Praxis sowie zur zeitlichen Steigerung unserer ärztlichen Kernkompetenzen arbeiten wir in allen Abrechnungsbereichen mit der Tierärztlichen Verrechnungsstelle Nordrhein-Westfalen r.V. (rechtsfähiger Verein kraft staatlicher Verleihung / rein berufsständische Institution) zusammen. Für diese Zusammenarbeit benötigen wir Ihre Einwilligung in die Abtretung der Forderung und die entsprechende Entbindung von der Schweigepflicht sowie in die erforderliche Datenerhebung und Datenspeicherung.

Ja, ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten und alle tierärztlichen Behandlungsdaten zum Zweck der Erstellung von Honorarrechnungen und deren Einziehung von der Tierarztpraxis und der Tierärztlichen Verrechnungsstelle gesetztes- und datenschutzkonform erhoben, gespeichert, verarbeitet sowie übermittelt werden.

Ja, ich bin damit einverstanden, dass die oben genannte Tierarztpraxis zum Zweck der Erstellung von Rechnungen sowie zu deren Einziehung alle erforderlichen Daten (z.B. meine persönlichen Daten, Rechnungsbeträge, Behandlungsdokumentation, Leistungsziffern, Laborrechnungen, Formulare, etc.) an die Tierärztliche Verrechnungsstelle Nordrhein-Westfalen r.V., Friedrich-Ebert-Straße 157-159, 48153 Münster, gesetztes- und datenschutzkonform übermittelt – und zwar unabhängig von der Art der Erkrankung des betreffenden Tieres.

Insoweit entbinde ich die Tierarztpraxis ausdrücklich von der tierärztlichen Schweigepflicht. Ich stimme weiterhin zu, dass die sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an die Tierärztliche Verrechnungsstelle Nordrhein-Westfalen r.V. abgetreten werden.

Ich bin mir bewusst, dass nach Abtretung der Honorarforderung die Tierärztliche Verrechnungsstelle Nordrhein-Westfalen r.V. mir gegenüber als Forderungsinhaber auftritt und deshalb Einwände gegen die Forderung – auch soweit sie sich aus der Behandlung und / oder der Krankengeschichte ergeben – im Streitfall gegenüber der Tierärztliche Verrechnungsstelle Nordrhein-Westfalen r.V. zu erheben sind.

Diese Einwilligung ist jederzeit gemäß Art.7 Abs. 3 DSGVO widerruflich.

Diese Zustimmungserklärung gilt – bis auf Widerruf – ausdrücklich auch für künftige Behandlungsvorgänge.

Knittlingen, den _____

Unterschrift: _____