



Name	Vorname
Straße	PLZ / Wohnort
Geburtsdatum	
Telefon	FAX
Mobiltelefon	E-Mail

Hiermit willige ich ein, dass

☐	die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt werden dürfen.
☐	mich die Klinik über ihre Dienstleistungen und Termine (z.B. Impferinnerungen) werblich telefonisch oder in Textform informiert.

Weitergabe Ihrer Daten

Ich bin einverstanden, dass

☐	mein Tier betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Tierärzten und sonstigen Leistungserbringern zur Dokumentation und Behandlung angefordert werden können
☐	mir die Tierklinik Patienten- und Gesundheitsdaten auch unverschlüsselt per E-Mail oder WhatsApp übermitteln kann

Zur erfolgreichen Behandlung ist es außerdem notwendig, dass die erhobenen Daten, soweit zur Diagnosefindung erforderlich, im Rahmen weiterführender Diagnostik an Untersuchungslabore und Institute unverschlüsselt per E-Mail, Schnittstelle oder Fax übermittelt werden.

Falls Sie nicht **bar** oder mit einer **Karte** bezahlen, werden Ihre Daten an eine Tierärztliche Verrechnungsstelle zur Rechnungserstellung übermittelt.

Erteilung telefonischer oder persönlicher Auskünfte an

(ohne Angaben zu dieser Frage können wir nur Ihnen Auskünfte erteilen)

Haustierarzt	Überweisender Tierarzt
☐ Auskunft erteilen	☐ Auskunft erteilen

andere Personen (Name, Geburtsdatum)

Informationen zum Datenschutz liegen zur Einsicht aus.

Datum

Unterschrift