

Tierärztliches Zentrum für Pferde in Kirchheim Altano GmbH Niederlassung Empfingen



Angaben zur Verwendung personenbezogener Daten

Vor- und Nachname	Geburtsdatum
Straße	PLZ / Wohnort
Mobiltelefon	E-Mail
Telefon	FAX

Hiermit willige ich ein, dass

- ☐ die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt werden dürfen.
- ☐ Foto/Video Aufnahmen meines Tieres
- ☐ mit Fallinformationen anonymisiert für Social Media und Öffentliche Zwecke genutzt werden.
- ☐ ohne Fallinformationen anonymisiert für Social Media und Öffentliche Zwecke genutzt werden.

Die Zustellung von Rechnungen, Impferinnerungen und sonstiger Unterlagen, erfolgt ausschließlich per E-Mail.

Weitergabe Ihrer Daten

Ich bin einverstanden, dass

- ☐ mein Tier betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Tierärzten und sonstigen zur Dokumentation und Behandlung angefordert werden können
- ☐ mir die Tierarztpraxis 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.

Erteilung telefonischer oder persönlicher Auskünfte an (ohne Angaben zu dieser Frage können wir nur Ihnen Auskünfte erteilen)

Haustierarzt	☐ Auskunft erteilen
---------------------	---

andere Personen (Name, Geburtsdatum)

Informationen zum Datenschutz liegen zur Einsicht aus. (auf www.tzp-empfingen.de)

**Pferd(e) bitte
auf Rückseite
angeben !!**

Datum

Unterschrift

Name:		Chipnummer:
Rasse:		Lebens-/UELN Nummer:
Geburtsdatum:		OP Versicherung, welche ?
Geschlecht:	Farbe:	Tierkrankenversicherung, welche ?
Lebensmitteltier laut Pass Eintrag: ☐ Ja ☐ Nein		Stall/Adresse:

Name:		Chipnummer:
Rasse:		Lebens-/UELN Nummer:
Geburtsdatum:		OP Versicherung, welche ?
Geschlecht:	Farbe:	Tierkrankenversicherung, welche ?
Lebensmitteltier laut Pass Eintrag: ☐ Ja ☐ Nein		Stall/Adresse:

Name:		Chipnummer:
Rasse:		Lebens-/UELN Nummer:
Geburtsdatum:		OP Versicherung, welche ?
Geschlecht:	Farbe:	Tierkrankenversicherung, welche ?
Lebensmitteltier laut Pass Eintrag: ☐ Ja ☐ Nein		Stall/Adresse: