

Einwilligung zur DSGVO

Besitzerangaben/Auftraggeber/in: Waren Sie schon einmal bei uns? Wenn ja, wann? _____

Name: _____ Vorname: _____ Titel: _____

Geb.-Datum*: _____ (*freiwillige Angabe, kann von uns zur Identifikation bei telefonischen Auskünften genutzt werden)

Tier: Name: _____ Geb.-Datum: _____ Fellfarbe: _____

Ggf. überweisende/r Tierärzt*in / Haustier-
ärzt*in: _____

Ja, bitte geben Sie bis auf Widerruf meine Daten an den überweisende/r Tierärzt*in / Haustier-
ärzt*in weiter

Nein, bitte geben Sie bis auf Widerruf **keine** Daten an den überweisende/r Tierärzt*in / Haustier-
ärzt*in weiter

Weitergabe von personenbezogenen Daten, Angaben zum Tier und Behandlungsverlauf an Dritte:

Ja, ich willige ein,

Nein, ich willige **nicht** ein,

dass meine Daten, Angaben zum Tier und Behandlungsverlauf im erforderlichen Umfang z.B. an externe Labore zur Analyse von Proben, Ehepartnern, Familienmitgliedern, ggf. andere Ärzte/innen zur Einholung einer Zweitmeinung, Futtermittelhersteller etc., weitergegeben werden dürfen. Meine Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen direkt bei der Tierklinik Lüneburg widerrufen werden. Sollten einzelne weitergaben nicht erwünscht sein, geben Sie uns bitte Bescheid, damit wir diese berücksichtigen können. Weitere Details sowie die aktuelle Liste unserer externen Partner finden Sie in unserem Dokument „Informationen zum Datenschutz“.

Mit meiner folgenden Unterschrift erkläre ich mich bereit, die gesamten Behandlungs-, Medikamenten- sowie sämtliche intern und extern angefallenen Laborkosten in Bar oder per EC-/Kredit-Karte sofort und vollständig zu entrichten. Ich bin zahlungsfähig und habe keine Eidesstattliche Versicherung abgegeben. Außerdem erkläre ich mich mit der Speicherung und Weiterverarbeitung meiner personenbezogenen Daten, insbesondere mit der Hinterlegung einer Kopie meines Personalausweises, einverstanden.

Ich habe die Informationen zum Datenschutz der Tierklinik Lüneburg gemäß Art. 13 DSGVO erhalten und bin damit einverstanden.

Lüneburg, den _____

Unterschrift: _____

(Patientenbesitzer/in / Auftraggeber/in)