



ANMELDEFORMULAR

BESITZER

Vor- u. Nachname

Adresse

PLZ, Ort

--	--

Telefon / Mobil

--	--

E-Mail

TIER

Katze

Hund

Rufname

Rasse

Geburtsdatum

Geschlecht

männlich

weiblich

kastriert

Ja

Nein

Farbe

Gewicht

Untergewicht

Normal-Gewicht

Übergewicht

Bekommt das Tier aktuell Medikamente? Nein Ja, wie folgt

Sind Vorerkrankungen bekannt? Nein Ja, wie folgt

Ist das Ihr erster Besuch bei Tierheilpraxis? Nein Ja

Ich versichere dass ich als Halter des Tieres berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistungen zu schließen. Falls ich nicht der Halter des Tieres bin, versichere ich, im ausdrücklichen Auftrag des Tierhalters zu handeln. Fehlt es an einer Bevollmächtigung oder stellt der Tierhalter eine Bevollmächtigung in Abrede, bestätige ich hiermit, dass ich für die entstehende Kosten aus der Behandlung aufkomme.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Personalien und gebe den Auftrag zur Untersuchung/Behandlung des Tieres.

Ich bezahle meine Rechnung sofort am Behandlungstag in bar oder auf Rechnung.

Ort

Datum

Unterschrift

Einwilligungserklärung

Die in dem Anmeldungsformular angegebene personenbezogene Daten (insb. Name, Anschrift, Telefonnummer), die allein zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben.

Für jede darüberhinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarfes regelmäßig der Einwilligung des Betroffenen. Eine solche Einwilligung können Sie im folgenden Abschnitt freiwillig erteilen.

- Ich willige ein, dass die erhobene Daten auch für zukünftigen Behandlungen genutzt werden dürfen.
- Ich willige ein, dass die erhobene Daten, sofern erforderlich und notwendig in Rahmen weiterer Diagnostik, Therapie, zum Austausch o.ä. An Kollegen (Tierärzte und Tiertherapeuten) zu übermitteln.
- Ich willige ein, dass mir Magda Sikorska Informationen z.B. zu Veranstaltungen und Angebote per E-Mail übersendet.

Ort	Datum	Unterschrift
-----	-------	--------------

Datenschutzrechtliche Einwilligung für die Kommunikation über WhatsApp und Speicherung der Kontaktdaten auf dem Handy mit der Rufnummer 0160/285 40 38

Ich willige ein / ich willige nicht ein, dass Magda Sikorska die personenbezogene Daten, die ich freiwillig in den Anmeldeformular angegeben habe, zur Kommunikation bzw. Benachrichtigung, Vorbereitung, Durchführung oder Abrechnung von Terminen, Beratung, Angeboten und Leistungen unter Nutzung von Instant-Messaging-Dienstes „WhatsApp“ (der WhatsApp Ireland Limited, 4 Grand Canal Square, Grand Canal Harbour, Dublin 2, Irland) verarbeitet.

Mir ist bewusst, dass WhatsApp Inc. Personenbezogene Daten (insb. Metadaten des Kommunikation) erhält, die auch auf den Servern in Staaten außerhalb EU (z.B. USA) verarbeitet werden. Diese Daten gibt WhatsApp an andere Unternehmen innerhalb und außerhalb Facebook-Unternehmensgruppe weiter. Detaillierte Informationen enthält die Datenschutzrichtlinie von WhatsApp (<https://www.whatsapp.com/legal/#privacypolicy>).

Magda Sikorska hat weder genaue Kenntnis noch Einfluss auf die Datenverarbeitung durch die WhatsApp Inc.

WhatsApp ist unter dem Privat-Shield-Abkommen (<https://www.privacyshield.gov/participant?id=a2zt0000000TSnwAAG&status=active>) zertifiziert und hierdurch eine Garantie, das europäische Datenschutzrecht einzuhalten.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen für die Zukunft widerrufen kann, indem ich Magda Sikorska postalisch (Quittengarten24, 30539 Hannover) oder per Email (mail@thpraxis.com) meinen Widerruf gegen die Verarbeitung meiner personenbezogene Daten widerrufe.

Ort	Datum	Unterschrift
-----	-------	--------------

Einverständniserklärung zu Foto- & Videoaufnahmen, sowie deren Verwendung bzw. Veröffentlichung

Ich willige ein / ich willige nicht ein, dass Bild- und Videoaufnahmen in Rahmen der Behandlung gemacht werden, sowie zur Verwendung und Veröffentlichung solcher Bildnisse zum Zwecke der öffentlichen Berichterstattung. Ich bitte aber darum mich unkenntlich zu machen.

Sollten Sie mir Fotos zur Veröffentlichung in Kommunikationsmedien wie Webseite, Facebook und Google+ zur Verfügung stellen, auf denen Sie abgebildet sind, so versichere ich Ihnen hiermit, alle Rechte am Bild zu besitzen und/oder der Veröffentlichung zuzustimmen. Falls Sie auf meiner Facebook- und/oder Google+-Seite ein unerwünschtes Bild oder Video entdecken, wenden Sie sich bitte zwecks Entfernung an thpraxis.hannover@gmail.com

Ort	Datum	Unterschrift
-----	-------	--------------

Rechte des Betroffenen : Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung. Widerrufsrecht

Sie sind jederzeit berechtigt Magda Sikorska um umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen. Des Weiteren können Sie jederzeit gegenüber Magda Sikorska die Berichtigung, Sperrung und/oder Löschung einzelner personenbezogene Daten verlangen.

Sie haben das Recht, der Nutzung Ihrer Daten zu widersprechen und eventuell erteilte Einwilligungen jederzeit zu widerrufen. In dem Fall wird die Verarbeitung Ihrer Daten zu diesen Zwecken unterlassen. Den Widerspruch können Sie formlos postalisch (THPraxis Sikorska, Quittengarten24, 30539 Hannover) oder per Email (thpraxis.hannover@gmail.com) ohne Angaben von Gründen übermitteln.