

Tierarztpraxis München-Freimann  
 Dr. Steffen Hoffmann  
 Tel. 089-32211460 / Fax 089-32462724  
 Ust-ID-Nr. nach §27a: DE 238033568

Floriansmühlstrasse 19  
 80939 München  
 info@tierarzt-dr-hoffmann.de

## Patientenaufnahmeschein

Für korrekte Einträge in unsere Patientendatei und die Rechnungserstellung erbitten wir die folgenden Angaben. Vielen Dank für Ihre Mühe.

Angaben zum Auftraggeber:		
Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ	Wohnort
Telefon privat	Telefon dienstlich	
Mobiltelefon	E-Mail	Fax

Angaben zum Patienten:		
Rufname des Tieres	Tierart / Rasse <span style="float: right;">b. Katzen: Freiläufer Ja <input type="radio"/>    Nein <input type="radio"/></span>	Geburtsdatum
Farbe	Geschlecht Männlich <input type="radio"/> Weiblich <input type="radio"/> Kastriert <input type="radio"/>	
Tätowier-Nr.	Chip-Nr.	Gewicht
Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? - Empfehlung durch _____ - Internet <input type="radio"/> - Branchenbuch <input type="radio"/>		Wurden Sie überwiesen? Ja <input type="radio"/> (Praxis) _____ Nein <input type="radio"/>
Tierkrankenversicherung:      Falls ja – Versicherungsgesellschaft, Versicherungsschein-Nr.:		

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistungen der Tierarztpraxis Dr. Steffen Hoffmann zu schließen. Falls ich nicht 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 entstehenden Kosten aus der Behandlung aufkomme.

Mit meiner Unterschrift auf Seite 2 bestätige ich die Richtigkeit meiner Personalien und gebe den Auftrag zur Untersuchung / Behandlung bzw. Operation des o. g. Tieres.  
 Grundlage sämtlicher Vergütungen (Gebühren, Entschädigungen, Barauslagen, sowie Entgelte für Arzneimittel und Verbrauchsmaterialien) für die tierärztlichen Tätigkeiten der Tierarztpraxis Dr. Steffen Hoffmann ist die GOT (Gebührenordnung für Tierärzte) in der Fassung vom 28. Juli 1999 (BGBl. I S. 1691 ff), unter Berücksichtigung der 1. Verordnung zur Änderung der GOT vom 27. April 2005 (BGBl. I S. 1160) sowie der 2. Verordnung zur Änderung der GOT vom 30. Juni 2008 (BGBl. I S. 1105 ff), gültig ab 8. Juli 2008.

Ich bezahle meine Rechnung (bitte ankreuzen):		
bar	per EC-Karte	per Kreditkarte

Falls es zur Diagnosefindung erforderlich ist, ermächtige ich die Praxis, Leistungen Dritter (Labors, Spezialuntersuchungsanstalten u. Ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.

## Patientenaufnahmeschein, Seite 2

Die nachfolgenden Informationen zur elektronischen Datenverarbeitung und –speicherung habe ich gelesen und stimme der Verarbeitung meiner Daten zu.

**Allgemeine Datenschutzhinweise:** Der Datenschutzbeauftragte dieser Praxis ist Dr. Steffen Hoffmann.

Unsere Tierärzte wie auch unsere nicht-tierärztlichen Mitarbeiter sind aufgrund

- § 203 Strafgesetzbuch (StGB, Verletzung von Privatgeheimnissen),
  - § 17 Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb (UWG, Verrat von Geschäfts- und Betriebsgeheimnissen),
  - der Besonderen Geheimhaltungsvorschriften unserer Praxis
- zur Berufsverschwiegenheit verpflichtet.

Zur Verschwiegenheit zählen der Umstand des Zustandekommens des Patientenverhältnisses und sämtliche Informationen, die der Patientenbesitzer uns im Rahmen des Patientenverhältnisses in Bezug auf sich selbst oder sein Tier bzw. dessen Einsatz, Beschaffenheit, Vorerkrankungen oder tierärztliche Vorbehandlungen mitteilt. Bitte beachten Sie, dass ein Mandatsverhältnis nicht schon mit einer Anfrage zustande kommt. Dennoch werden wir Informationen, die sich aus solchen Anfragen ergeben, ebenfalls vertraulich behandeln.

Sämtliche für unsere Praxis tätigen Personen sind mit den Datenschutz- und Geheimhaltungsvorschriften vertraut und entsprechend eingearbeitet. Wir speichern die von Ihnen gemachten persönlichen Angaben, die Daten Ihres Tieres und dessen Krankheitsgeschichte, sämtliche gewonnenen Erkenntnisse aus unseren Untersuchungen inkl. Ergebnisse bildgebender Verfahren und Behandlungen wie auch sämtliche Daten der Fakturierung und des Zahlungsverkehrs.

Selbstverständlich geben wir ohne entsprechende Vollmacht keine Daten an Dritte weiter. Eine Ausnahme hiervon stellen Überweisungen von tierärztlichen Kollegen dar, da wir dem Kollegen telefonisch wie auch schriftlich über unsere Untersuchungen und Behandlungen informieren, damit die künftige Versorgung Ihres Tieres weiterhin durch möglichst vollständiges Wissen um dessen Krankheitsgeschichte gewährleistet bleibt. Mit Ihrer Unterschrift bevollmächtigen Sie uns zu dieser Vorgehensweise.

**Für sämtliche Auseinandersetzungen erkenne ich München als Gerichtsstand an.**

Ist eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam, werden die übrigen Bestimmungen dieses Vertrages in ihrer Wirksamkeit nicht berührt. Die unwirksame bzw. undurchführbare Bestimmung ist durch eine solche Bestimmung zu ersetzen, die dem wirtschaftlich von den Vertragsparteien Gewolltem am nächsten kommt. Gleiches gilt im Falle einer Vertragslücke.

<b>Datum:</b>	<b>Unterschrift:</b>
	<b>Name in Druckbuchstaben:</b>

## Patientenaufnahmeschein, Seite 3

### Zuständige Kammer:

Bayer. Landestierärztekammer  
Bavariastr. 7a  
80336 München  
Homepage: [www.bltk.de](http://www.bltk.de)

### Berufshaftpflichtversicherung

Ergo Versicherungs-AG  
Jagdstr. 2  
80639 München  
Geltungsbereich: Deutschland und Ausland

### Zuständige Schlichtungsstelle:

Tierärztlicher Bezirksverband Oberbayern  
Türkenstr. 7  
80333 München  
Homepage: [www.tbv-obb.de](http://www.tbv-obb.de)

### Berufsbezeichnung: Tierarzt

lt. Approbation, verliehen in:  
München, Bundesrepublik Deutschland  
Approbationsbehörde:  
Regierung von Oberbayern  
Maximilianstr. 39, 80538 München

### Berufsrechtliche Regelungen:

Bundes-Tierärzteordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 20. November 1981 (BGBl. I S. 1193), zuletzt durch die Verordnung vom 11. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2882) geändert

Bayerisches Heilberufe-Kammergesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 6. Februar 2002, GVBl. 2002, S. 42, zuletzt geändert am 23. April 2008 (GVBl. 2008, S. 132)

Berufsordnung für die Tierärzte in Bayern in der Fassung vom 27. Juni 1986, zuletzt geändert am 14. November 2006 ( [www.bltk.de](http://www.bltk.de) Button „Satzungen“)

## **Einverständniserklärung des Tierhalters**

Sie werden gebeten, durch Ihre Unterschrift zu bestätigen, diese Information zur Kenntnis genommen zu haben.

Auch nach dem Inkrafttreten der DSGVO bedarf es weiterhin keiner ausdrücklichen Einwilligung der Tierhalter in die **Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten**, sofern die Erhebung zur Erfüllung des Tierarztbehandlungsvertrages erforderlich ist (Art. 6 Abs. 1 Buchstabe a) DSGVO).

Folgende Daten sind hiervon erfasst: Name des Tierhalters, Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Behandlungstage, erbrachte Leistungen gemäß GOT, Arzneimittel und Diagnosen.

Das Inkrafttreten der DSGVO ändert nichts an den geltenden gesetzlichen Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten, denn gemäß Art. 17 Abs. 3 Buchstabe b) DSGVO gelten die Löschungspflichten nicht, soweit die Verarbeitung zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung erforderlich ist.

Somit gelten z.B. für die Aufbewahrung steuerlich relevanter tiermedizinischer Dokumentationen weiterhin die Ordnungsvorschriften für die Aufbewahrung von Unterlagen des § 147 Abgabenordnung (AO). Nach § 147 Abs. 3 AO sind die in Abs. 1 genannten Unterlagen je nach Art 6 oder 10 Jahre lang aufzubewahren.

Auch berufsständische Regelungen über **Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten**, in Bayern insbesondere § 16 Abs. 1 BOT, sind eine geeignete Rechtsgrundlage im Sinne der DSGVO.

Einem Löschverlangen des Tierhalters kann demgemäß im Hinblick auf die bestehenden Rechtsnormen zur Aufbewahrung widersprochen werden. Nach Ablauf der Aufbewahrungsfristen werden die o.a. Daten gelöscht. Insoweit hat der Tierhalter einen **Rechtsanspruch auf Löschung** seiner Daten.

Ferner hat der Patientenbesitzer insoweit ein **Auskunftsrecht**, als er jederzeit vom Tierarzt Auskunft über die zu seiner Person gespeicherten Daten verlangen kann.

Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie Ihr Einverständnis, dass Ihre personenbezogenen Daten weitergegeben / verwendet werden können

- an Tierärztliche Verrechnungsstellen
- an andere Tierärzte oder Kliniken zur Weiterbehandlung
- an Labore und Institute zum Zwecke der Diagnostik
- für den Bezug von Impferinnerungskarten sowie Erinnerungen für anstehende Kontrolluntersuchungen.

**(Zutreffendes bitte ankreuzen)**

Mein insoweit erklärtes Einverständnis kann ich **jederzeit** (schriftlich per Post oder per Mail) **widerrufen**.

.....  
Unterschrift des Tierhalters

Datum:.....2020

.....  
Name in Druckbuchstaben