

Tierärztlicher Besuchsdienst/ mobile Kleintierpraxis

& Katzenpension Grinsekatz

Dr. med. vet. Doerte Kaufmann

Lünerner Bahnhofstr. 44

59427 Unna

0162/2385449

**Einwilligung nach Art. 6 Abs. 1 Satz 1 a) i.V.m Art.7 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)**

Nach Kenntnisnahme des vorstehenden Datenschutzhinweises wird folgende Einwilligung erteilt:

Zum notwendigen und erforderlichen Zweck der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses werden über die bereits benannten Daten weitere personenbezogene Daten verarbeitet. Die zu diesem Zweck verarbeiteten Daten werden nach Zweckerreichung und/oder Ablauf rechtlicher Aufbewahrungsfristen, spätestens jedoch nach 15 Jahren, gelöscht.

Mit Ihrer folgenden Einwilligung geben Sie Ihr freiwilliges Einverständnis zu der vorbeschriebenen Datenverarbeitung.

Ich willige ein,

- dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig, im Rahmen weiterführender Diagnostik an Untersuchungslabore und Institute übermittelt werden dürfen
  - dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig, im Rahmen tierärztlicher Überweisungen an andere Tierarztpraxen, -kliniken übermittelt werden dürfen
  - dass mich die o.g. Praxis / Pension telefonisch oder digital über Laborergebnisse oder Terminplanung informiert
  - dass mich die o.g. Praxis / Pension per Post oder digital über anstehende Behandlungen/ Impfungen informiert und mir Rechnungen/ Quittungen zusendet
  - dass die erhobenen Daten zum Zweck der Haustierregistrierung digital an TASSO übermittelt werden dürfen
  - dass die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt werden dürfen
  - dass die erhobenen Daten auch im Rahmen einer Weiterführung der Praxis/ Pension durch einen Nachfolger weiter bestimmungsgemäß genutzt werden dürfen
- Hiermit erkläre ich ausdrücklich mein Einverständnis mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten in dem vorbeschriebenem Umfang und der beschriebenen Art und Weise. Ich bestätige die Aushändigung und Kenntnisnahme der Datenschutz-Grundverordnung.

Name, Vorname:

\_\_\_\_\_

Straße & Hausnummer:

\_\_\_\_\_

PLZ & Ort:

\_\_\_\_\_

Email:

\_\_\_\_\_

Telefon:

\_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift:

\_\_\_\_\_

Diese Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen oder abgeändert werden. Der Widerruf ist postalisch oder per E-Mail an uns zu senden. Eine Folge des Widerrufs kann dann jedoch sein, dass ich das Behandlungsverhältnis nicht mehr oder nicht mehr im bisherigen Umfang fortführen kann.