

Anmeldeformular



AniCura
TIERKLINIK ASPERN

Sehr geehrte Patientenbesitzer,
herzlich willkommen in der Tierklinik Aspern Betriebsgesellschaft mbH. Um Sie und Ihr Tier näher kennenzulernen, möchten wir Ihnen vorab einige Fragen stellen.
Bitte füllen Sie dazu diesen Fragebogen aus. Falls Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.
Sorgfalt und Transparenz ist die Grundlage für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit Ihnen. Daher informieren wir Sie auf Seite 2 darüber, wie wir Ihre Daten verarbeiten und wie Sie Ihre Rechte wahrnehmen können, die Ihnen nach der Datenschutz-Grundverordnung zustehen.

Bitte füllen Sie das Formular in Druckbuchstaben aus.

BESITZER / AUFTRAGGEBER

Nachname _____

Vorname _____

Straße/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Handy _____

E-Mail* _____

ANGABEN ZUM TIERARZT

Überweisender Tierarzt Haustierarzt

Name _____

Ort _____

Rücküberweisung** ja nein

PATIENTENANGABEN

Name _____

Tierart Hund Katze

Sonstiges _____

Rasse _____ Mischling

Farbe _____

Geschlecht weiblich männlich

Kastriert ja nein

Geburtsdatum _____ Gewicht _____

Chip-Nr. _____

Aggressives Verhalten (beim Tierarzt) ja welches: _____

nein

Tierversicherung vorhanden? ja nein

* Wir weisen Sie darauf hin, dass wir und die AniCura die von Ihnen angegebene E-Mail-Adresse verwenden, um Sie nach der durchgeführten Behandlung des Tieres zu Ihrer Zufriedenheit zu befragen und Ihnen weitere Informationen und Angebote von AniCura und damit verbundenen Unternehmen zukommen zu lassen. Sollten Sie keine weitere Zusendung per E-Mail wünschen, können Sie der werblichen Verwendung Ihrer E-Mail-Adresse jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widersprechen und zwar durch Mitteilung an datenschutz.aspern@anicura.at oder einen Klick auf den Abmeldelink am Ende jeder E-Mail. Die Übermittlung von Befunddaten ist davon nicht betroffen.

** Ich bin damit einverstanden, dass bei Überweisungspatienten eine Rücküberweisung an die überweisende Praxis/Klinik stattfindet und dabei zu Identifikationszwecken mein Name, sowie Informationen über die durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen an die überweisende Praxis/Klinik übermittelt werden, damit die künftige Versorgung meines Tieres weiterhin durch möglichst vollständiges Wissen um dessen Krankheitsgeschichte gewährleistet bleibt. Meine Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen, durch Mitteilung an: datenschutz.aspern@anicura.at.

Ich versichere, dass ich Halter des Tieres und berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung der Dienstleistungen der AniCura Tierklinik Aspern Betriebsgesellschaft mbH zu schließen. Sofern 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 aufkommen werde.

- Ich bestätige die Richtigkeit meiner umseitig aufgeführten Personalien und gebe den Auftrag zur Untersuchung bzw. Behandlung und – falls erforderlich – zur Operation meines Tieres.
- Ich genehmige, dass an vor- oder nachbehandelnde Tierärzte Befunddaten weitergegeben werden. Falls ich dies nicht wünsche, komme ich auf Sie zu.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass bei Vorstellung im Notdienst alle Leistungen im Rahmen der Gebührenordnung für Tierärzte einen Zuschlag erfahren und erkläre mich damit einverstanden.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass ich mir jederzeit eine Kostenschätzung geben lassen kann. Sollte ich eine solche benötigen, oder Fragen zu Kosten haben komme ich von mir aus auf Sie zu.
-

Ich wurde auf das Bestehen der AGB und deren Inhalt hingewiesen. Den Text der vor Ort ausgelegten AGB habe ich zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der Einbeziehung der AGB in das Behandlungsverhältnis einverstanden.

Allgemeine Datenschutzhinweise:

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist die AniCura Tierklinik Aspern Betriebsgesellschaft mbH, vertreten durch Dr. med. vet. Isabelle Wanding. Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter: Datenschutzbeauftragter | AniCura Tierklinik Aspern Betriebsgesellschaft mbH | Aspernstraße 130, 1220 Wien | Telefon +43 128 00 200 | www.anicura.at/aspern | E-Mail: datenschutz.aspern@anicura.at.

Wir verwenden die von Ihnen mit diesem Formular erhobenen personenbezogenen Daten zur Durchführung des Dienstleistungsvertrags. Eine Verarbeitung zu anderen Zwecken erfolgt nur aufgrund einer entsprechenden Rechtsgrundlage.

Nähere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten, zu den Datenempfängern und zu Ihren damit verbundenen Rechten finden Sie in den ausgelegten Datenschutzinformationen und auf unserer Webseite unter <https://www.anicura.at/aspern/datenschutz>. Auf Nachfrage stellen wir Ihnen die Datenschutzinformationen auch in gedruckter Form zur Verfügung.

AniCura ist Teil der MARS Unternehmensgruppe. Detaillierte Information über die Gruppe und deren Datenverarbeitungen finden Sie unter <https://www.mars.com/privacy-policy-germany>.

Unsere Tierärzte, sowie sämtliche Mitarbeiter sind aufgrund:

- § 6 Datenschutzgesetz (Datengeheimnis)
- § 11 Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb (UWG, Verrat von Geschäfts- und Betriebsgeheimnissen)
- Besonderen, intern geregelten, Geheimhaltungsvorschriften unserer Klinik zu Berufsverschwiegenheit verpflichtet.

Gemäß der Verordnung über Informationspflichten für Dienstleistungserbringer vom 17.5.2010 möchten wir Ihnen hiermit die folgenden Informationen zugänglich machen:

Geschäftsführung: Dr. med. vet. Isabelle Wanding

Aspernstraße 130, 1220 Wien | Telefon +43 128 00 200 | www.anicura.at/aspern | E-Mail: aspern@anicura.at.

Registereintrag: Handelsgericht Wien | FN 443252t

Zuständige Behörden: Österreichische Tierärztekammer | Hietzinger Kai 87 | 1130 Wien | Landesstelle Niederösterreich

Umsatzsteuerident-Nr.: ATU 70122235

Berufshaftpflichtversicherung: Niederösterreichische Versicherung Aktiengesellschaft | Neue Herrngasse 10 | 3100 St Pölten

Für sämtliche Auseinandersetzungen erkenne ich Korneuburg als Gerichtsstand an.

Mit Ihrer Unterschrift unter diesem Anmeldeformular bevollmächtigen Sie uns ausdrücklich zu dieser Vorgehensweise.

Informationen zur Bezahlung:

Wir bevorzugen kontaktlose Zahlungsmittel.

Ich stimme zu, dass AniCura Fotos und Daten von mir unter anderem auf sozialen Medien veröffentlichen kann. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

Ich möchte die Behandlung bar mit EC-Karte bezahlen.

Aspern, den

Datum _____ Unterschrift (bei Minderjährigen ist die Unterschrift eines gesetzlichen Vertreters notwendig)