

## Der Katzenhalter:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon - privat: \_\_\_\_\_

- mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Zahlung per EC-Karte:

Zahlung erfolgt bar:

Ort, Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns gekommen?

Internet  wie: (Google, andere Homepage...)

Empfehlung  von: \_\_\_\_\_

Andere  \_\_\_\_\_

## Die Katze:

Name: \_\_\_\_\_ Rasse: \_\_\_\_\_

Farbe: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_ kastriert: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_ Freigänger: \_\_\_\_\_

Tätowierung rechtes Ohr: \_\_\_\_\_ Tätowierung linkes Ohr: \_\_\_\_\_

Mikrochip Nummer: \_\_\_\_\_

Tier-Krankenversicherung  bei welcher Versicherung? \_\_\_\_\_

Leidet Ihre Katze an einer chronischen Krankheit? \_\_\_\_\_

Sind Ihnen Allergien oder Überempfindlichkeitsreaktionen z.B. gegen bestimmte Medikamente bekannt? Bitte geben Sie diese Informationen auch nochmals an den Tierarzt in der Behandlung weiter.

## **Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken**

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie ein, dass die Tierärztliche Praxis für Katzen (Verantwortlicher: Dr. Michael Streicher) Ihre, auf der Anmeldung angegebenen, personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages, auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigung, erhebt.

Für jede darüberhinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen, ebenso für eine Weiterleitung an Dritte, bedarf es regelmäßig Ihrer Einwilligung. Eine solche Einwilligung können Sie nachfolgend freiwillig erteilen.

Ihre Einwilligung können Sie jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, durch Mitteilung per Brief an den Tierarzt kostenfrei widerrufen. Die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgte Verarbeitung, wird durch den Widerruf nicht berührt.

### **Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken**

(bitte ankreuzen)

Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt werden dürfen.

Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen tierärztlicher Überweisungen, an andere Tierarztpraxen/-kliniken übermittelt werden dürfen.

Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen weiterführender Diagnostik, an Untersuchungslabore und Institute übermittelt werden dürfen.

Ich willige ein, dass mich die Tierärztliche Praxis für Katzen telefonisch über Laborergebnisse und Terminplanung informieren darf.

Ich willige ein, dass mich die Tierärztliche Praxis für Katzen per Post/ E-Mail informieren darf, z.B. praxisorganisatorische Informationen und Impferinnerung.

Möchten Sie per E-Mail an die Impfung erinnert werden?

Ja       Nein

Ort/ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_