



EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR DATENNUTZUNG ZU WEITEREN ZWECKEN

Die Tierarztpraxis Happy Pets ist auf Grundlage gesetzlicher Bestimmungen dazu berechtigt, zum Zwecke der Durchführung des tierärztlichen Behandlungsvertrags meine personenbezogenen Daten zu erheben und zu verarbeiten. Sollten diese vor Übernahme durch die Tierarztpraxis Happy Pets erhoben worden sein, wird hiermit die gesetzliche Informationspflicht zur Übernahme der Daten erfüllt (Art. 13 Abs. 3 DSGVO). Insbesondere wird hier auf das Widerrufsrecht hingewiesen, welches jederzeit ohne Angabe von Gründen in Anspruch genommen werden kann.

In einigen weiteren Fällen kann es notwendig sein, dass wir personenbezogene Daten an Dritte weitergeben müssen. Da nicht alle Zwecke der Datenweitergabe unter den Behandlungsvertrag fallen, möchten wir Sie um folgende freiwillige Einwilligungen bitten.

- ➔ Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt werden dürfen. Dies betrifft die Behandlung von evtl. weiteren Tieren neben den bereits angegebenen.
- ➔ Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig, im Rahmen tierärztlicher Überweisungen an andere Tierarztpraxen bzw. -kliniken übermittelt werden dürfen. Für Diagnose- und Therapiezwecke können die erhobenen Daten an Labore, Institute und Apotheken etc. übermittelt werden.
- ➔ Ich willige ein, dass mich die Tierarztpraxis Happy Pets telefonisch, per E-Mail oder per Post über Laborergebnisse und Terminplanung informiert und darüber hinaus diese Medien zur Kommunikation sowie Übermittlung von Daten, Befunden und Rechnungen mit mir nutzt.
- ➔ Ich willige ein, dass bei Zahlungsverzug über die bereits von mir genannten Daten weitere personenbezogene Daten, wie Bonitätsauskünfte, Geburtsdatum, Bankverbindung an ein von uns beauftragtes Inkasso Unternehmen weiter geleitet und verarbeitet werden darf.

Die Entscheidungen können jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen oder abgeändert werden. Bitte senden Sie den Widerruf schriftlich an uns.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich die Datenschutzhinweise gelesen und verstanden habe. Zudem erkläre ich mich mit der von mir ausgewählten Datennutzung zu weiteren Zwecken einverstanden.

Außerdem nutzt die Praxis, sollten offene Behandlungskosten nicht beglichen werden, einen Dienstleister zur Abrechnung über erbrachte Leistungen. Zum notwendigen und erforderlichen Zweck der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses werden explizit bei Zahlungsverzug über die bereits genannten Daten weitere personenbezogene Daten, wie Bonitätsauskünfte, Geburtsdatum, Bankverbindung verarbeitet und weiter geleitet. Das von uns beauftragte Inkasso Unternehmen rechnet die offenen Leistungen und Mahngebühren dann direkt mit Ihnen ab. Die zu diesem Zweck vom Dienstleister bearbeiteten Daten werden dort nach Zweckerreichung und/oder Ablauf rechtlicher Aufbewahrungsfristen, spätestens jedoch nach 15 Jahren, gelöscht.

VORNAME _____

NACHNAME _____

RODGAU, _____

UNTERSCHRIFT _____