

## Stammdatenblatt (Stand Mai 2018)

### Willkommen in Ihrer Pferdeklinik!

Bitte kontrollieren Sie die unten aufgeführten Angaben zu Ihrer Person und Ihrem Pferd. Das sind die Daten, die wir in unserem System abgespeichert haben. Falls sich etwas geändert hat oder wenn einige Felder noch nicht ausgefüllt sind, möchten wir Sie bitten diese zu korrigieren bzw. zu ergänzen.

<b>Halterinformationen (Rechnungsempfänger):</b>	
Name, Vorname:	
Zusatz:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Geburtstag:	
E-Mail:	
Telefon:	
Telefon Mobil:	
Fax:	

<b>Patienteninformation:</b>	
Name:	
Geburtsdatum:	
Rasse:	
Geschlecht:	
Farbe:	
Chip:	
Lebens- bzw. Passnummer:	
Reitstall/Stallanlage	

Das aufgeführte Pferd wird gewerblich gehalten oder der Rechnungsempfänger ist gewerblicher Pferdehalter: 5 ja 5 nein

Das aufgeführte Pferd ist laut Pferdepass zur Schlachtung bestimmt: 5 ja 5 nein

Pferdepass vorhanden: 5 ja 5 nein

Arzneimittelanhang vorhanden: 5 ja 5 nein

Haustierarzt: \_\_\_\_\_ Überweisender Tierarzt:

Hausschmied inkl. Telefonnummer:

Krankenversicherung: 5 ja 5 nein Name der Gesellschaft: \_\_\_\_\_

OP-Versicherung: 5 ja 5 nein Name der Gesellschaft: \_\_\_\_\_

**Überprüft und Eingetragen von:** \_\_\_\_\_  
(Mitarbeiter/in der Pferdeklinik Burg Müggenhausen)

## **Behandlungsvertrag zwischen**

**Pferdeklinik Burg Müggenhausen GmbH; Geschäftsführer: Dr. Thomas Weinberger, Dr. Coco Gather**

Heimerzheimerstr. 18; 53919 Weilerswist; www.pferde-klinik.de; info@pferde-klinik.de; Tel.: +49225460010

**und**

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

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ-Ort: \_\_\_\_\_

Name des Pferdes: \_\_\_\_\_ Lebensnummer: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_ Farbe: \_\_\_\_\_ Rasse: \_\_\_\_\_

Ich versichere, dass ich Halter des oben genannten Pferdes und deshalb berechtigt bin, einen Vertrag über die Durchführung erforderlicher Untersuchungen, Behandlungen, Operationen etc. zu schließen. Ich versichere ferner, dass ich willens und in der Lage bin, die dadurch entstehenden Kosten zu tragen. Ich erkläre in diesem Zusammenhang, dass ich mich zum Zeitpunkt dieser Erklärung in keinem gerichtlichen Schuldenverfahren befinde, und dass das Schuldnerverzeichnis des für mich zuständigen Amtsgerichts keine Eintragungen über meine Person aufweist.

Sofern ich nicht Halter des oben genannten Pferdes 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.

Soweit es zur Diagnosefindung und/oder Behandlung erforderlich ist, ermächtige ich die Geschäftsführung und die Mitarbeiter der Pferdeklinik Burg Müggenhausen GmbH, Leistungen Dritter (Labors, Hufschmiede, Tierkörperverwertung, Spezialuntersuchungsanstalten u. ä.) in meinem Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.

Mir ist bekannt, dass der Praxis ein Zurückbehaltungsrecht an dem behandelten Tier zusteht, wenn ich nicht bereit oder dazu in der Lage bin, die durch die Behandlung des Tieres entstandenen Kosten in bar, per EC-Karte, per Kreditkarte (akzeptiert werden MasterCard, VISA oder American Express) oder per Rechnung\* zu zahlen.

**\*Hinweis der Pferdeklunik Burg Müggenhausen GmbH**

*Damit uns hierfür bei dem ständig wachsenden Verwaltungsaufwand möglichst viel Zeit zur Verfügung steht, arbeiten wir im Bereich der Abrechnung über Rechnung mit der BFS health finance GmbH zusammen, einem hierauf spezialisierten Tochterunternehmen des Bertelsmann Konzerns (Adresse: BFS health finance GmbH Hülshof 24 . 44369 Dortmund Telefon 0231 945362-999 Fax 0231 945362-688 kundenservice@meinebfs.de www.meinebfs.de).*

*Im Rahmen der Zusammenarbeit mit BFS werden gegebenenfalls Adressdaten (Name, Geburtsdatum und Anschrift) zum Zwecke der Ankaufsvoranfrage an die infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden übermittelt.*

*BFS gewährleistet die korrekte Bearbeitung der von uns vorgegebenen Rechnungen und steht Ihnen bei allen Fragen zu Ihrer Rechnung gerne zur Verfügung. Ferner haben Sie die Möglichkeit, Ihre Wunschbehandlung über BFS per Teilzahlung zu finanzieren.*

\_\_\_\_\_

Datum / Unterschrift

Name in Druckbuchstaben, wenn nicht Halter

**Pferdeklunik Burg Müggenhausen GmbH; Geschäftsführer: Dr. Thomas Weinberger, Dr. Coco Gather**

Heimerzheimerstr. 18; 53919 Weilerswist; www.pferde-klinik.de; info@pferde-klinik.de; Tel.: +49225460010

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

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

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

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ-Ort: \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die Pferdeklunik Burg Müggenhausen GmbH meine auf dem Stammdatenblatt angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen 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.

### **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 bzw. Rück-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 die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Falle der Inanspruchnahme des Hufschmiedes an diesen übermittelt werden dürfen.

Ich willige ein, dass mich die Pferdeklinik Burg Müggenhausen GmbH telefonisch inkl. SMS, Post, Fax, E-Mail über Laborergebnisse und die Terminplanung informiert.

Ich willige ein, dass mich die Pferdeklinik Burg Müggenhausen GmbH per Post, Fax, SMS, oder E-Mail über Weiterbildungen und Neu-Entwicklungen in der Pferdeklinik informiert.

Ich willige ein, dass mir die Pferdeklinik Burg Müggenhausen GmbH mit Hilfe von WhatsApp Bild- oder Termindaten zukommen lässt.

Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen von getätigten Abtretungserklärungen an Versicherungen (z.B.: Uelzener, Allianz, RV etc.) übermittelt werden dürfen.

Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch im Rahmen einer Weiterführung der Pferdeklinik durch einen Nachfolger weiter bestimmungsgemäß genutzt werden dürfen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen zu haben.

---

---

Datum / Unterschrift

Name in Druckbuchstaben, wenn nicht Halter