



Dr. B. Schütter (FTA f. Pferde)
& Kollegen

Station · Fahrpraxis · Labor · Apotheke

Fon: 0231-9932778 Fax: 0231- 9932780
www.pferdepraxis-am-waldhügel.de

Pferdepraxis Am Waldhügel • Hohle Eiche 31 • 44229 Dortmund

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:
Im Zuge des zukünftigen zwischen Ihnen und uns bestehenden Behandlungsvertrags werden Proben des zu behandelnden Tieres zum Zwecke der Diagnostik an Labore und Institute weitergegeben. Außerdem nutzen wir einen Dienstleister zur Abrechnung über die erbrachten Leistungen. Zum notwendigen und erforderlichen Zweck der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses werden über die bereits benannten Daten weitere personenbezogene Daten, wie Bonitätsauskünfte, Geburtsdatum verarbeitet. Die von uns beauftragten Dienstleister rechnen die erbrachten Leistungen zudem direkt mit Ihnen ab. Die zu diesem Zweck vom Dienstleister verarbeiteten Daten werden dort nach Zweckerreichung und/oder Ablauf rechtlicher Aufbewahrungsfristen gemäß § 257 Abs. 1 und Abs. 4 HGB (10 Jahre) gelöscht bzw. anonymisiert.

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

- Hiermit erkläre ich ausdrücklich mein Einverständnis mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten in dem vorbeschriebenem Umfang und der beschriebenen Art und Weise. Dies beinhaltet auch die Übermittlung an die benannten Labore und Dienstleister zur Abrechnung der von mir in Anspruch genommenen Leistungen im Rahmen des anstehenden Behandlungsvertrages.
- Ich willige in die Verarbeitung meiner Daten zum Zwecke des Einholens von Bonitätsauskünften über meine Person, die mit dem vertraglichen Verhältnis zur Behandlung meines Tieres in Zusammenhang stehen, durch die benannten Dienstleister ein.
- Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass Mitarbeiter der Pferdepraxis Am Waldhügel mich über Whatsapp kontaktieren dürfen. Die Nutzungsbedingungen von Whatsapp finden sie unter "www.whatsapp.com/legal/?lang=de".
- Hiermit erkläre ich mich für den Bezug von Impferinnerungen einverstanden.

Name und Anschrift: _____

Telefonnr.: _____ Geb. Datum : _____

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 wir das Behandlungsverhältnis nicht mehr oder nicht mehr im bisherigen Umfang fortführen können.