

Name, Vorname: _____

Einwilligung nach Art. 6 Abs. 1 Satz 1 a) i.V.m Art.7 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Nach Kenntnisnahme des Datenschutzhinweises der LandVET Praxis GbR, LandVET Apotheken GbR und LandVET QPlus GbR wird folgende Einwilligung erteilt:

Zum notwendigen und erforderlichen Zweck der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses werden über personenbezogene Daten, Ihr Name, Ihre Anschrift, Betriebsnummer, Tierseuchenkassennummer, LKV-Betriebskennziffer, Telefonnummer, Faxnummer, E-Mailadresse und Bankverbindung verarbeitet.

Im Zuge des zukünftigen zwischen Ihnen und uns bestehenden Behandlungsvertrags werden Proben des zu behandelnden Tieres zur Auswertung an Labore weitergegeben. Die von uns beauftragten Labore rechnen teilweise 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, spätestens jedoch nach 15 Jahren, gelöscht.

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 Labore und Institute zur Abrechnung der von mir in Anspruch genommenen Leistungen im Rahmen des anstehenden Behandlungsvertrages.
- Ich willige ein, dass mich die tierärztliche Praxis, LandVET Apotheke GbR und LandVET QPlus GbR per Post, per Fax oder E-Mail informiert (z.B. Erinnerung an Proben) und auch telefonisch über Laborergebnisse und Terminplanung kontaktiert.
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen tierärztlicher Überweisungen an andere Tierarztpraxen, -kliniken sowie an Kooperationspartner übermittelt werden dürfen.
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig bei der HI-Tier-Datenbank zur Tierseuchenbekämpfung genutzt werden können.

Datum, Ort

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.