



**DAS TIERARZTPRAXIS
TEAM** Dr. Michael Müller

Chlodwigstraße 23
53909 Zülpich
fon (02252) 2328
fax (02252) 81337
www.das-tierarztpraxisteam.de

Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung zu weiteren Zwecken:

Name _____ Vorname _____

Straße _____ Geb.-Datum _____

PLZ/Ort _____ Tel.-Nr.: _____

E-Mail-Adresse (Druckbuchstaben) _____

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass **Das Tierarztpraxis Team Dr. Michael Müller** (verantwortlich: Dr. Michael Müller) meine auf der Anmeldung angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhebt / verarbeitet.

Für jede darüber hinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen, ebenso für die Weiterleitung an Dritte, bedarf es meiner Einwilligung. Eine solche Einwilligung kann ich nachfolgend freiwillig erteilen, sie gilt unbefristet soweit nichts Anderes vereinbart wird.

Einwilligung in die Datenverarbeitung 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 **Das Tierarztpraxis Team Dr. Michael Müller** telefonisch/per E-Mail/per Post über Laborergebnisse und Terminplanungen jeder Art informiert.
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich, zur Abwicklung des Rechnungswesens an die BFS health finance GmbH, Dortmund übermittelt werden.

Ort/ Datum: _____ Unterschrift: _____

Name in Druckbuchstaben _____