

Einwilligungserklärung zur Datennutzung

Name:

Anschrift:

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass die Tierarztpraxis Keussen, Prinzenstr 22, 47475 Kamp-Lintfort meine bei der Anmeldung angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhebt.

Für jede darüber hinausgehende 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 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 die Tierarztpraxis Keussen telefonisch, per Email oder Post über Terminplanung, Befunde oder Laborergebnisse informiert.

Ort/Datum:

Unterschrift:

Unsere aktuelle Datenschutzrichtlinie finden Sie online hier:

<http://pferdezahnarzt-keussen.de/datenschutz.html>