



Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken

nach Art.6 Abs.1a lt. DSGVO i. V. m. Art.7 Abs. 3 lt. DSGVO

Name, Vorname: _____

Strasse: _____

Plz, Ort: _____

Email: _____

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass die Tierarztpraxis für Pferde Oberalster Dr. Lutz meine personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhebt.

(bitte ankreuzen)

- 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 für Pferde Oberalster telefonisch, per Email oder per Fax über die Laborergebnisse und die Terminplanung informiert.
- Ich willige ein, dass die Impferinnerungen per Post/E-Mail von der Tierarztpraxis für Pferde Oberalster versendet werden.
- Ich willige ein, dass mir die Rechnungen per E-Mail zugeschickt werden.

Ort/ Datum: _____ Unterschrift: _____

Die 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 sein, dass wir das Behandlungsverhältnis nicht mehr oder nicht mehr im bisherigen Umfang fortführen können.
