



## DATENSCHUTZ Info Datenschutzerklärung für Kunden

Informationspflicht bei Erhebung von personenbezogenen Daten (Art. 13 DSGVO)

### Wer erhebt Ihre Daten und ist für sie verantwortlich?

Kleintierpraxis Stührenberg  
Hermann-Ehlers-Straße 16-18  
49082 Osnabrück-Sutthausen

Telefon: 0541 - 998667-10  
Fax: 0541 - 998667-12  
info@kleintierpraxis-stuehrenberg.de  
www.kleintierpraxis-stuehrenberg.de

### Warum erheben wir Ihre Daten?

Um einen Behandlungsvertrag mit Ihnen eingehen zu können, benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten (Name, Ihre Anschrift, Telefonnummer und E-Mailadresse). Wenn Sie der Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten nicht zustimmen, können wir Ihr Tier nicht behandeln.

### Wofür erheben wir Ihre Daten?

Daten werden erhoben zur Befundermittlung (Labor, Institute u.ä.), Befundübermittlung (Veterinäramt, Überweisungspraxen und –kliniken u.ä.), Befundmitteilung (Ihre Telefonnummer und E-Mail), Rechnungserstellung (Ihre Anschrift) sowie ggf. für weitere, ähnliche Zwecke.

### Wie lange werden Ihre Daten aufbewahrt?

Die Daten werden, wie steuerrechtlich verlangt, 10 Jahre aufbewahrt und werden anschließend, spätestens aber nach 15 Jahren gelöscht.

### Ihre Rechte

Sie haben das Recht

- zu erfragen, welche personenbezogenen Daten wir zu Ihrer Person gespeichert haben und wie wir sie verwenden.
- auf teilweise oder gänzliche Löschung Ihrer personenbezogenen Daten, soweit rechtlich möglich.
- auf Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten.
- sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu beschweren.
- auf Widerruf dieser Erklärung

### Ihr Einverständnis

Hiermit erkläre ich ausdrücklich mein Einverständnis mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten in oben beschriebener Art und Weise und Umfang. Dies beinhaltet auch die Übermittlung an Labore, andere Tierarztpraxen und Kliniken sowie anderer Dienstleister (insbesondere auch Dienstleister zur Abrechnung) der von mir in Anspruch genommenen Leistungen im Rahmen des mit der Kleintierpraxis Stührenberg bestehenden Behandlungsvertrages.

,Osnabrück

---

Datum, Ort	Unterschrift	(Kunde (s.v.) : Name, Vorname )
------------	--------------	---------------------------------

---