

## Teilnahmeerklärung

Name, Vorname (Praxisinhaber) \_\_\_\_\_

Tierarztpraxis \_\_\_\_\_

Anschrift (Straße, PLZ, Ort) \_\_\_\_\_

Freiwillige Angaben:

Telefon \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Zugang zum Erfassungssystem serv.it VET:

Benutzername \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich mich bereit, an der standardisierten Erfassung von Gesundheitsdaten teilzunehmen und die derart dokumentierten gesundheitsbezogenen Informationen zur zentralen Speicherung und Auswertung zur Verfügung zu stellen. Die Teilnahme ist freiwillig; eine Beendigung ist vorbehaltlich anderer vertraglicher Regelungen jederzeit ohne nachteilige Folgen möglich. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die in diesem Zusammenhang getroffenen Regelungen zum Datenschutz gelesen zu haben, und erkenne sie in allen Punkten an. Dies umfasst insbesondere den verantwortungsvollen Umgang mit den Stammdaten der Pferde, die mir durch die Zuchtverbände und ausschließlich zwecks Abgleiches mit den Patientendaten zur Verfügung gestellt wurden.

Mit meiner Teilnahme verbunden sind die tierindividuelle Datenerhebung mit der gebotenen tierärztlichen Sorgfalt und die Datenübermittlung in die zentrale Gesundheitsdatenbank, wobei ich dafür Sorge trage, dass die korrekte und eindeutige Identifizierung des untersuchten Tieres und des untersuchenden / meldenden Tierarztes gewährleistet ist.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Tierarztes