

Stempel

An die  
Klinik für Vögel und Reptilien  
Universität Leipzig  
An den Tierkliniken 17  
04103 Leipzig

Datum:

### Untersuchungsauftrag

*Bitte füllen Sie die Angaben möglichst vollständig aus, damit wir Ihnen bestmöglich helfen können*

|   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> Tierärztliche Praxis / Klinik | <input type="radio"/> Bestandsproblem  | <input type="radio"/> Regressansprüche |
| <input type="radio"/> Tierhalterin/Tierhalter       | <input type="radio"/> verstorben       |  |
|   | <input type="radio"/> euthanasiert am: |  |
| Name, Vorname: _____                                |  |  |
| Strasse: _____                                      |  |  |
| PLZ, Wohnort: _____                                 |  |  |
| Telefon: _____ Fax: _____                           |  |  |
| E-Mail: _____                                       |  |  |

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| Tierart:                        | _____  |
| Alter:                          | _____ Geschlecht: <input type="radio"/> männl. <input type="radio"/> weibl. <input type="radio"/> unbek. |
| Herkunft:                       | _____  |
| in Besitz seit:                 | _____  |
| andere Tiere:                   | _____  |
| <b>Kennzeichnung:</b>           | Ring: _____ Chip: _____ sonst.: _____  |
| Haltung/ Fütterung:             |  |
| klinische Symptome:             |  |
| Befunde bildgebende Diagnostik: |  |
| Befunde Labordiagnostik:        |  |
| Therapie:                       |  |

Verdachtsdiagnose:

Angeforderte Untersuchungen:

|   |   |                             |                                     |                             |
|---|---|-----------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| Art der Probe:  | <input type="radio"/> Kot                     | <input type="radio"/> Feder | <input type="radio"/> Blut          | <input type="radio"/> _____ |
|   | <input type="radio"/> Tupferproben von: _____ |                             |                                     |                             |
|   | <input type="radio"/> Tierkörper              |                             | <input type="radio"/> Organe/Gewebe |                             |
| Zeitpunkt der Probenentnahme:   | _____   |                             |                                     |                             |
| Angeforderte Untersuchung:  | _____<br>_____                                |                             |                                     |                             |
| <input type="radio"/> Sektion (inkl. parasitologische und zytologische Untersuchung)                      |   |                             |                                     |                             |
| <input type="radio"/> Histopathologische Untersuchung   |   |                             |                                     |                             |
| <input type="radio"/> Zytologische Untersuchung (DiffQuik/Ziehl-Neelsen Färbung)                          |   |                             |                                     |                             |
| <input type="radio"/> Parasitologische Untersuchung   |   |                             |                                     |                             |
| <input type="radio"/> Bakteriologische Untersuchung   |   |                             |                                     |                             |
| <input type="radio"/> Mykologische Untersuchung   |   |                             |                                     |                             |
| <input type="radio"/> Untersuchung auf Salmonellen/Listerien/Yersinien                                    |   |                             |                                     |                             |
| <input type="radio"/> Untersuchung auf Clostridien/Campylobacter  |   |                             |                                     |                             |
| <input type="radio"/> Untersuchung auf Pasteurellen/Bodetellen/Riemerellen (inkl. Resistenztest)          |   |                             |                                     |                             |
| <input type="radio"/> Molekularbiologische Untersuchung einschl. <input type="radio"/> Sequenzierung auf: |   |                             |                                     |                             |
| <input type="radio"/> Circovirus  |   |                             |                                     |                             |
| <input type="radio"/> Bornavirus  |   |                             |                                     |                             |
| <input type="radio"/> Serpentovirus   |   |                             |                                     |                             |
| <input type="radio"/> Aviäres Leukosevirus  |   |                             |                                     |                             |
| <input type="radio"/> Adenovirus  |   |                             |                                     |                             |
| <input type="radio"/> Reovirus  |   |                             |                                     |                             |
| <input type="radio"/> Ferlavirus  |   |                             |                                     |                             |
| <input type="radio"/> Usutuvirus  |   |                             |                                     |                             |
| <input type="radio"/> Polyomavirus  |   |                             |                                     |                             |
| <input type="radio"/> Paramyxovirus   |   |                             |                                     |                             |
| <input type="radio"/> Reptarenavirus  |   |                             |                                     |                             |
| <input type="radio"/> West Nil Virus  |   |                             |                                     |                             |
| <input type="radio"/> Herpesvirus   |   |                             |                                     |                             |
| <input type="radio"/> Rotavirus   |   |                             |                                     |                             |
| <input type="radio"/> Pockenvirus   |   |                             |                                     |                             |
| <input type="radio"/> Chlamydien  |   |                             |                                     |                             |
| <input type="radio"/> Mykoplasmen   |   |                             |                                     |                             |
| <input type="radio"/> Macrorhabdus ornithogaster  |   |                             |                                     |                             |
| <input type="radio"/> viszerale Kokzidien (Atoxoplasma, Toxoplasma gondii, Sarcocystis, Lankesterella)    |   |                             |                                     |                             |
| <input type="radio"/> Haemosporida (Plasmodium, Haemoproteus, Leukozytozoon)                              |   |                             |                                     |                             |
| <input type="radio"/> Sonstiges _____   |   |                             |                                     |                             |

Befundmitteilung:

|  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> per E-Mail:                                    | <input type="radio"/> telefon. Rücksprache: |
| <input type="radio"/> per Fax:                                       |   |
| <input type="radio"/> per Post:                                      |   |
| <input type="radio"/> ich bitte um Mitteilung an meinen Haustierarzt |   |

Die Rechnungsstellung erfolgt immer an die beauftragende Person. Ich bin bereit und in der Lage, die entstehenden Kosten nach Erhalt der Rechnung zu begleichen

Unterschrift:

Bitte beachten Sie unsere Hinweise zur Probenentnahme und zum Versand unter <http://vogelklinik.uni-leipzig.de>. Bei Fragen erreichen Sie uns unter der Telefonnummer 0341/9738405 oder über [kontakt@vogelklinik.uni-leipzig.de](mailto:kontakt@vogelklinik.uni-leipzig.de)

Dieses Formular können Sie als PDF-File downloaden unter [www.vogelklinik.uni-leipzig.de](http://www.vogelklinik.uni-leipzig.de) (Dienstleistungen/Diagnostik)

## Datenschutzhinweis gemäß EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Sehr geehrte Kolleginnen, Kollegen, Tierhalterin, Tierhalter,

zur Abwicklung des zwischen Ihnen und unserer Klinik für Vögel und Reptilien der Universität Leipzig einzugehenden Behandlungsvertrags verarbeiten wir von Ihnen sogenannte personenbezogene Daten (gemäß Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO). Das sind Ihr Name, Ihre Anschrift, Telefonnummer und E-Mailadresse. Die beiden Letztgenannten nutzen wir, um auf schnellstem Weg mit Ihnen zu kommunizieren, falls es während einer Behandlung dringend notwendig ist oder auch, um mit Ihnen Behandlungstermine abzustimmen. Der für diese Datenverarbeitung zuständige Verantwortliche in unserer Klinik für Vögel und Reptilien der Universität Leipzig ist Frau Prof. Dr. Krautwald-Junghanns (gemäß Art. 3 und 5 DSGVO). Bei Zustandekommen eines Behandlungsvertrags werden vorbenannte Daten für eine Dauer von mindestens 10 Jahren ab Erhebungsdatum bei uns gespeichert. Grundlage dafür sind steuerrechtliche Verpflichtungen, Rechnungsdaten mindestens für diese Zeitspanne aufzubewahren. Die erhobenen Daten werden nach Ablauf dieses Zeitraumes gelöscht, es sei denn, es stehen steuerrechtliche oder andere gesetzliche Verpflichtungen dagegen oder sie sind weiterhin zur Erfüllung des ursprünglichen Zwecks, für den sie verarbeitet wurden, erforderlich. Sie haben das Recht auf Auskunft darüber, ob wir von Ihnen personenbezogene Daten verarbeiten und wenn dies zutrifft, welche wir verarbeiten (Art. 15 DSGVO). Dies betrifft besonders den Verarbeitungszweck, die Kategorie der personenbezogenen Daten, die Kategorien von Empfängern, denen Ihre Daten übermittelt werden und die Speicherdauer Ihrer Daten. Gleichfalls steht Ihnen das Recht auf Berichtigung dieser Daten zu, wenn sie fehlerhaft verarbeitet wurden (Art. 16 DSGVO). Des Weiteren haben Sie das Recht auf Löschung (Art. 17 DSGVO) und Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 18 DSGVO) sowie auf Widerspruch gegen die Verarbeitung Sie betreffender, personenbezogener Daten (Art. 21 DSGVO). Für Sie besteht außerdem ein Beschwerderecht bei einer datenschutzrechtlich zuständigen Aufsichtsbehörde (Art. 77 DSGVO). Die Ausübung der vorbeschriebenen Rechte ist gegenüber dem eingangs benannten Verantwortlichen unserer Einrichtung zu erklären. Sie haben das Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO), d. h. Übermittlung der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesebaren Format an sich selbst oder an einen anderen Verantwortlichen. Ihre personenbezogenen Daten werden nur an Dritte weitergegeben, wenn Sie Ihre ausdrückliche Einwilligung freiwillig dazu erteilt haben (Art. 6 Abs. 1 Satz 1 a) DSGVO) oder die Weitergabe zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich ist und kein Grund zur Annahme besteht, dass Sie ein überwiegendes schutzwürdiges Interesse an der Nichtweitergabe Ihrer Daten haben (Art. 6 Abs. 1 Satz 1 f), Abs. 4 DSGVO). Eine Weitergabe erfolgt weiterhin für den Fall, dass dafür eine gesetzliche Verpflichtung besteht (Art. 6 Abs. 1 Satz 1 c) DSGVO) oder dies gesetzlich zulässig und für die Abwicklung von Vertragsverhältnissen mit Ihnen erforderlich ist (Art. 6 Abs. 1 Satz 1 b) DSGVO).

Wenn Sie uns eine schriftliche Einwilligung zur Datenverarbeitung für bestimmte Zwecke erteilen (Art. 6 Abs. 1 a DSGVO), kann diese jederzeit und grundlos widerrufen werden (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Zur Abwicklung unserer Abrechnungen aus dem Behandlungsverhältnis arbeiten wir mit der Zentralverwaltung der Universität Leipzig zusammen. An diese werden die oben benannten Daten zur Forderungsbeitreibung übermittelt. Sind Sie mit den hier geschilderten Vorgängen nicht einverstanden, können wir Ihr Tier leider nicht behandeln, da wir in diesem Fall den gesetzlichen Vorschriften, u. a. aus §§ 611 ff. BGB, § 14 Abs. 4 UStG in Verbindung mit § 33 UStDV nicht nachkommen könnten.

Kontaktadresse bei Rückfragen: Klinik für Vögel und Reptilien, Prof. Dr. Krautwald-Junghanns, An den Tierkliniken 17,04103 Leipzig  
Tel 0341-9738400, Email [kontakt@vogelklinik.uni-leipzig.de](mailto:kontakt@vogelklinik.uni-leipzig.de)

### Einwilligung nach Art. 6 Abs. 1 Satz 1 a) i.V.m. Art.7 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Nach Kenntnisnahme des vorstehenden Datenschutzhinweises wird folgende Einwilligung erteilt: Zum notwendigen und erforderlichen Zweck der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses werden über die bereits benannten Daten weitere personenbezogene Daten, wie Geburtsdatum, Bankverbindung verarbeitet. Im Zuge des zukünftigen zwischen Ihnen und uns bestehenden Behandlungsvertrags werden Proben des zu behandelnden Tieres zur Auswertung an Labore weitergegeben. Außerdem nutzen wir einen Dienstleister zur Abrechnung über die erbrachten Leistungen. Zum notwendigen und erforderlichen Zweck der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses werden über die bereits benannten Daten weitere personenbezogene Daten, wie Geburtsdatum, Bankverbindung verarbeitet. Die von uns beauftragten Dienstleister rechnen die erbrachten Leistungen zudem direkt mit Ihnen ab.

Die zu diesen Zwecken verarbeiteten Daten werden nach Zweckerreichung und/oder Ablauf rechtlicher Aufbewahrungsfristen, spätestens jedoch nach 15 Jahren, gelöscht.

Mit Ihrer folgenden Einwilligung geben Sie Ihr freiwilliges Einverständnis zu der vorbeschriebenen Datenverarbeitung.

- Hiermit erkläre ich ausdrücklich mein Einverständnis mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten in dem vorbeschriebenem Umfang und der beschriebenen Art und Weise.
- Hiermit erkläre ich ausdrücklich mein Einverständnis mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten in dem vorbeschriebenem Umfang und der beschriebenen Art und Weise. Dies beinhaltet auch die Übermittlung an die benannten Labore und Dienstleister zur Abrechnung der von mir in Anspruch genommenen Leistungen im Rahmen des anstehenden Behandlungsvertrages.

Name, Vorname (DRUCKBUCHSTABEN)

Datum, Ort

Unterschrift

\_\_\_\_\_  
(falls nicht auf anderer Seite bereits ausgefüllt)

Diese 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 dann jedoch sein, dass wir das Behandlungsverhältnis nicht mehr oder nicht mehr im bisherigen Umfang fortführen können.