

## Allgemeine Information für tierärztliche Überweisungen an die Klinische Abteilung Kleintierchirurgie

Die Universitätsklinik für Kleintiere, Abteilung Kleintierchirurgie, der Vetmeduni Vienna übernimmt Patienten zur diagnostischen Abklärung und Behandlung sowie chirurgische Notfälle.

### Kontaktaufnahme mit der Kleintierchirurgie:

- **Terminvereinbarung allgemein:** +43 1 25077-4444 (Mo-Fr 08:00-16:00 Uhr)

### Befund- und Überweisungsübermittlung:

E-Mail: [kleintierklinik@vetmeduni.ac.at](mailto:kleintierklinik@vetmeduni.ac.at)

### Ambulanzzeiten:

- **Ophthalmologie:** Mo, Di, Do, Fr 9:00-13:00 Uhr
- **Orthopädie:** Di und Do, 9:00-13:00 Uhr
- **Weichteilchirurgie:** Mo und Mi, 9:00-13:00 Uhr
- **Zahn- und Kieferchirurgie:** Mo, Mi, Do 9:00-13:00 Uhr
- **Physikalische Medizin und Rehabilitation:** Mo, Mi 8:00-19:00 Uhr, Di, Do, Fr 8:00-16:00 Uhr

**Eine telefonische Voranmeldung mit Terminvereinbarung durch die/den TierbesitzerIn ist in jedem Fall erforderlich.**

**Ophthalmologische Patienten werden nur nach Vorbefundung und Überweisung durch die Haustierärztin/den Haustierarzt übernommen.**

Bitte informieren Sie die/den TierhalterIn, dass die Reihung der Notfälle nach Dringlichkeit erfolgt und es zu Wartezeiten kommen kann.

**Für Notfälle fällt eine zusätzliche Notfallgebühr von zusätzlich 30% auf alle Leistungen in den ersten acht Stunden an.**

Bitte informieren Sie die PatientenbesitzerInnen, dass **bei stationärer Aufnahme eine Anzahlung von 30%** der vorläufigen Kostenschätzung in bar oder mit Karte zu leisten ist. Bei ambulanten Behandlungen ist der Gesamtbetrag mit Karte oder in bar sofort zu begleichen.

Sie werden als überweisende/r TierärztIn über durchgeführte Diagnostik und Therapieverlauf informiert und erhalten nach Abschluss der Untersuchungen eine schriftliche Information.

## Informationen zum Datenschutz

Mit der Übermittlung Ihrer Kontaktdaten stimmen Sie zu, dass personenbezogene Daten im Rahmen Ihres Kontaktes an der Vetmeduni Vienna verarbeitet werden. Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist Art. 6 Abs. 1 lit a DSGVO.

Gerne weisen wir Sie darauf hin, dass Sie hinsichtlich Ihrer personenbezogenen Daten gegenüber der Vetmeduni Vienna das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerspruch sowie auf Beschwerde bei der Österreichischen Datenschutzbehörde haben. Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, Ihre erteilte Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Ihre Rechte können Sie per E-Mail an [datenschutz@vetmeduni.ac.at](mailto:datenschutz@vetmeduni.ac.at) oder mittels Brief an Veterinärmedizinische Universität Wien, Veterinärplatz 1, 1210 Wien geltend machen.

Übermittelte personenbezogene Daten des/der TierhalterIn werden von der Vetmeduni Vienna zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen auf der Rechtsgrundlage des Art. 6 Abs. 1 lit b DSGVO verarbeitet.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Sie im Falle der Übermittlung von Tierhalterdaten Verantwortlicher sind und als solcher verpflichtet sind die Grundsätze für die Verarbeitung personenbezogener Daten nach Artikel 5 DSGVO einzuhalten. Dies bedeutet insbesondere, dass Sie personenbezogene Daten des Tierhalters auf rechtmäßige Weise verarbeiten und Daten nur dann übermitteln, wenn Sie dazu berechtigt sind.

Außerdem haben Sie im Rahmen Ihrer Informationspflichten dem Betroffenen (TierhalterIn) weitere Empfänger seiner personenbezogenen Daten im Voraus bekanntzugeben. Die Information kann schriftlich oder elektronisch erfolgen.

Irrtümlich an die Vetmeduni Vienna geleitete Ansuchen werden an Sie zur Bearbeitung weitergeleitet.

Weitere Informationen zur Veterinärmedizinischen Universität Wien und zum Datenschutz können Sie jederzeit unter <http://www.vetmeduni.ac.at/de/datenschutz> abrufen.

## Überweisung an die Kleintierchirurgie der Vetmeduni Vienna

■ T: +43 1 25077-4444

<b>Überweisung an:</b>	<input type="checkbox"/> Ophthalmologie	
	<input type="checkbox"/> Orthopädie	
	<input type="checkbox"/> Weichteilchirurgie	
	<input type="checkbox"/> Zahn- und Kieferchirurgie	
	<input type="checkbox"/> Neurologie	
	<input type="checkbox"/> Physikalische Medizin und Rehabilitation	
<b>Notfall:</b>	<input type="checkbox"/>	
TierhalterIn:	Name:	Tel.:
	Adresse:	E-Mail:
Patient:	Name:	Rasse:
	Geburtsdatum:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
<b>Vorhandene Befunde:</b>	<input type="checkbox"/> Blut	
	<input type="checkbox"/> Harn	
	<input type="checkbox"/> Röntgen	
	<input type="checkbox"/> Ultraschall	
	<input type="checkbox"/> Sonstige	
<b>Bitte alle vorhandenen Befunde unbedingt mitschicken!</b>		

**Anamnese/Überweisungsgrund:**

**VD-Diagnose(n):**

**Dauermedikation/Vorbehandlung:**

**Bekannte Unverträglichkeiten:**  Ja

Nein

Wenn ja, welche:

**Überweisende Praxis/Klinik:**

TierärztIn: \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Datum:

Unterschrift: