



**Tierärztekammer Schleswig-Holstein**  
**Hamburger Str. 99a**  
**25746 Heide**

Fax: 0481 – 88335

Email: [schleswig-holstein@tieraerztekammer.de](mailto:schleswig-holstein@tieraerztekammer.de)

## **Einwilligung nach Art. 6 Abs. 1 lit. a EU-DSGVO**

### **zur Veröffentlichung von Daten**

Hiermit willige ich

---

Name, Vorname, Anschrift, Geb.Datum

ein, dass folgende Daten:

- Geburtstagsdatum zusammen mit Namen und Privatanschrift anlässlich meines Geburtstages
- Sterbedatum zusammen mit Namen, Privatanschrift und Geburtsdatum
- Praxisbezogene Daten (wie z.B. Niederlassung, Praxisverlegung, Praxisänderung, Praxisaufgabe, Zulassung, Verlängerung und Rückgabe Weiterbildungsstätte und Weiterbildungsermächtigung, Zulassung als Tierärztliche Klinik und Rückgabe Klinikstatus)
- Erwerb von Gebiets-, Teilgebiets- oder Zusatzbezeichnungen

im Deutschen Tierärzteblatt veröffentlicht werden dürfen.

---

Datum, Ort

---

Unterschrift

**Rücksendung bitte an die Tierärztekammer Schleswig-Holstein, per Post, Fax oder Mail**

Diese Einwilligung kann jederzeit in Textform mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. In dem Falle ist der Widerruf unter Nutzung einer der im Kopf genannten Kontaktmöglichkeiten an die Tierärztekammer Schleswig-Holstein zu senden