



Dr. med. Silke Zilles

Ärztin für Kinder- und Jugendmedizin
Homöopathie

Zur Lohne 3
33178 Borcheln

Tel.: 05251/ 41 42 7-0
Fax: 05251/ 41 42 7-99
Mail: info@dr-zilles.de
www.dr-zilles.de

Aufnahme in die Patientenkartei

Sehr geehrte Eltern,

Sie beabsichtigen, mit Ihrem/ Ihren Kind/ern in unsere Praxis zu kommen? Mit dem Ausfüllen dieses Bogens erleichtern Sie uns die Arbeit. So können wir im Vorfeld einer Terminvereinbarung Ihre Patientenkartei anlegen und im Bedarfsfall direkt auf Ihre Daten und Karteikarte zugreifen.

Füllen Sie das Formular auf der zweiten und dritten Seite (idealerweise digital) **vollständig** aus, **unterschreiben Sie** es und lassen es uns zukommen. Nutzen Sie gerne die kostenfreie Rücksendung mittels eingedruckter Adresse und Fensterumschlag.

Möchten Sie, dass wir bereits vor der Geburt die Patientenakte anlegen, geben Sie bitte den geplanten Nachnamen und statt dem Geburtstag den errechneten Entbindungstermin an. Den Vornamen lassen Sie einfach offen.

Sollten Sie das Formular (incl. Einwilligungserklärung) per E-Mail (PDF oder Foto, keine Cloud-Lösungen) an uns senden wollen, beachten Sie bitte: die Datenübertragung per E-Mail ist mit erheblichen Sicherheitsrisiken (z.B. Bekanntwerden der Daten durch Zugriff Dritter, Datenverlust, Virenübertragung, Übersendungsfehler, Übersendungsausfall etc.) verbunden!

Bei mehreren Kindern bitte für jedes (!) die dritte Seite ausfüllen und unterschreiben und nicht auf der Rückseite o.ä. angeben.

Wir nutzen für einige Sachverhalte rund um die Patientenversorgung sehr gerne die **Kommunikation per E-Mail**:

Wir bestätigen Ihnen z.B. Ihre Termine per E-Mail. Hierdurch erhalten Sie Ihren Termin nochmal "schwarz auf weiß", Übertragungs-/ Verständigungsfehler werden umgangen und Sie erhalten je nach Terminart noch einige Informationen, Fragebogen etc. Darüber hinaus bieten wir Ihnen die Möglichkeit eines **Recalls**, d.h. Sie bekommen eine Nachricht per E-Mail, wenn z.B. eine Vorsorgeuntersuchung oder eine Impfung (sofern der Impfpass vorgelegen hat) ansteht .

Dazu ist eine schriftliche Erklärung Ihrerseits erforderlich. Details hierzu finden Sie in den Datenschutzhinweisen für den E-Mail-Versand. Bitte wählen Sie die Optionen entsprechend im Formular aus.

Wir bedanken uns bereits an dieser Stelle für das uns entgegengebrachte Vertrauen.

Vielen Dank.

Ihr Praxisteam



Deutsche Post 
ANTWORT

Praxis
Dr. med. Silke Zilles
Zur Lohne 3
33178 Borchen

Datenschutzhinweise für den E-Mail-Versand / Einwilligungserklärung

Im Rahmen der Kommunikationserleichterung besteht für Sie die Möglichkeit, sich personenbezogene Daten, auch besondere Kategorien personenbezogener Daten gem. Art. 9 DSGVO per E-Mail zusenden zu lassen. Die nachfolgende Erklärung informiert Sie darüber, welche Art von personenbezogenen Daten zu welchem Zweck erhoben und verarbeitet wird.

1. Verantwortliche für die Datenverarbeitung

Dr. med. Silke Zilles, Kontaktdaten vorstehend

2. Rechtsgrundlage

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung von Daten ist Art. 6 Abs. 1 lit. a) DSGVO.

3. Art, Umfang und Zweck der Datenverarbeitung und Weitergabe

Im Rahmen der Nutzung der E-Mail-Kommunikation werden hierzu Ihr Name und Ihre E-Mail-Adresse gespeichert. Die Speicherung erfolgt ausschließlich zu dem Zweck, den E-Mail-Versand zu ermöglichen. Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nicht, soweit wir hierzu nicht im Einzelfall gesetzlich verpflichtet sind.

4. Speicherdauer

Die Speicherung der Daten erfolgt für die Dauer der E-Mail-Kommunikation. Sobald Sie Ihre Einwilligung widerrufen, werden Ihre gespeicherten Daten umgehend gelöscht.

5. Rechte der betroffenen Person

Sie haben das Recht auf Auskunft über die bei uns über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten. Nach den gesetzlichen Vorgaben haben Sie ebenfalls das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten, Sperrung, Beschränkung, Datenübertragbarkeit und Löschung Ihrer personenbezogenen Daten. Sie haben ebenfalls ein Recht zur Beschwerde bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde, sofern Sie der Ansicht sind, dass eine Verarbeitung der sie betreffenden personenbezogenen Daten gegen die gesetzlichen Bestimmungen verstößt. Ferner haben Sie jederzeit das Recht, die erteilte Einwilligung für die Zukunft jederzeit zu widerrufen. Ein etwaiger Widerruf kann per schriftlicher, persönlicher Mitteilung bzw. Per E-Mail uns gegenüber erfolgen.

6. Einwilligungserklärung, Art und Umfang und Zweck der Verarbeitung

Ich bin damit einverstanden, dass zum Zwecke der Kommunikationserleichterung Daten auch per unverschlüsselter E-Mail versandt werden können. Mir ist bekannt, dass mit der Datenübertragung per E-Mail erhebliche Sicherheitsrisiken (z.B. Bekanntwerden der Daten durch Zugriff Dritter, Datenverlust, Virenübertragung, Übersendungsfehler, Übersendungsausfall etc.) verbunden sind.

Ich entbinde in Bezug auf die Kommunikation via E-Mail die verantwortliche Stelle ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht.

Die überwiegende Nutzung von E-Mails besteht in Termininformationen nach der Terminvergabe oder sonstige Kommunikation bzgl. der Patientenversorgung. Dazu sind der Name des Patienten, die Art der vereinbarten Leistung (z.B. Vorsorgeuntersuchung oder Impfen), Datum/ Uhrzeit sowie bei Telefonterminen die Telefonnummer, unter der wir Sie anrufen, in der E-Mail enthalten. Bei Erinnerungen an Vorsorgeuntersuchungen/ Impfungen geben wir einen Untersuchungszeitraum/ ausstehende Impfungen an. Ebenso können Namen und Anschrift des Versicherten/ Gesetzlicher Vertreter/ Rechnungsempfänger enthalten sein. Zahlungserinnerungen enthalten die Rechnungsnummer und Datum. Möchten Sie weitergehende Unterlagen (z.B. Laborbefund) von uns per E-Mail erhalten, werden diese als verschlüsseltes PDF-Dokument versendet. Das Passwort erhalten Sie per separater Mitteilung. Wenn wir per E-Mail von Ihnen Anfragen erhalten, beantworten wir diese möglichst allgemein. Soweit Gesundheitsdaten enthalten sind, werden wir unsere Antwort per verschlüsseltem PDF übersenden.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich diese Einwilligung jederzeit schriftlich für die Zukunft widerrufen kann.

E-Mail Ich habe die vorstehenden **Datenschutzhinweise für den E-Mail-Versand** gelesen und erkläre meine **Einwilligung**.



Ja

Nein (Ihre E-Mail-Adresse wird nicht gespeichert und verwendet)

Ort, Datum

Unterschrift


Patient

Nachname:	
Vorname:	
Geb.-Datum/ Entbindungstermin:	
Geschlecht:	<input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> divers <input type="radio"/> unbestimmt
Straße:	
PLZ - Wohnort:	
Krankenkasse:	
Telefon Festnetz:	
Mobil (Mutter):	
Mobil (Vater):	
E-Mail-Adresse:	
Vorsorgeuntersuchungen/ Impfungen sollen bei Dr. Zilles durchgeführt werden?*	<input type="radio"/> eher JA <input type="radio"/> eher NEIN


* Angabe dient lediglich zur Kalkulation der Praxiskapazitäten und hat keinerlei Auswirkungen auf das Arzt/ Patienten-Verhältnis

Versicherter/ Gesetzlicher Vertreter | bei Privatpatienten: Rechnungsempfänger

Nachname:	<input type="radio"/> Herr <input type="radio"/> Frau	
Vorname:		
Geb.-Datum:		
Straße, falls abweichend:		
PLZ - Ort, falls abweichend:		

 Die „Patienteninformation zum Datenschutz“ gem. Art. 13 DSGVO unter www.dr-zilles.de/index.php/infothek habe ich zur Kenntnis genommen.

Recall Ich bin damit einverstanden, dass ich durch die Praxis über anstehende Termine, Untersuchungen, Impfungen, Serviceleistungen oder Einladungen zu Vorträgen per E-Mail informiert werde. **Diese Serviceleistung setzt die Kommunikation per E-Mail und damit die vorstehende Einwilligung voraus.** Widerruf ist jederzeit möglich, es genügt eine kurze Mitteilung.

 Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift