



Dr. med. Silke Zilles

Ärztin für Kinder- und Jugendmedizin
Homöopathie

coronaschnelltest

Aufnahme in die Patientenkartei

Liebe Patienten, liebe Eltern!

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

Seit dem 8. März besteht die Möglichkeit, sich mittels Schnelltest auf das Coronavirus testen zu lassen. Wir bieten in unserer Praxis einen solchen **für Kinder und Jugendliche sowie deren Eltern** an. Die Kosten hierfür werden vom Bund übernommen.

Wichtiger Hinweis: nach aktueller Corona-Testverordnung des Bundes, veröffentlicht am 25.06.21, ist es ab dem 01.08.21 für Leistungserbringer erforderlich, Testergebnisse an die Corona-Warn-App übermitteln zu können. Für uns ist es momentan noch nicht abschätzbar, ob wir dieses technisch umsetzen und nach diesem Zeitpunkt weiterhin Tests anbieten können!

Wir verwenden standardmäßig **für Erwachsene, Jugendliche und Kinder ab dem Schulalter einen nasalen SARS-CoV-2 Antigentest**, bei dem der Abstrichtupfer nicht bis zum Nasopharynx vorgeschoben werden muss - eine Eindringtiefe von ca. 2 - 4 cm genügt, um das benötigte Material zu entnehmen. Für **jüngere Kinder** und bei Schwierigkeiten mit der Abstrichentnahme mittels Teststäbchen halten wir einen **Speicheltest** bereit. Unter Umständen ist die Sensitivität gegenüber Abstrichtestungen etwas geringer, dafür erhoffen wir uns jedoch eine wesentlich höhere Bereitschaft und Toleranz bei den Kindern, am Test teilzunehmen und sich auch wiederholt testen zu lassen. Geben Sie bitte idealerweise bei der Terminbuchung mit an, welchen Test wir durchführen sollen.

! Sollten Sie bzw. Ihr Kind **bislang nicht in unserer Patientenakte aufgenommen** sein, bitten wir darum, uns im Vorfeld mittels nachstehendem Bogen Ihre Daten zukommen zu lassen. Das entzerrt die Anmeldung erheblich. **Ohne eine vorherige Datenaufnahme ist keine Terminvergabe möglich!**

Sie benötigen zwingend einen **Termin für jede Person, die getestet werden soll**. Diesen machen Sie bitte telefonisch oder [online](#) aus. Kommen Sie auf keinen Fall unangemeldet in die Praxis! Es ist nicht möglich, ohne Termin „noch kurz“ ein Geschwisterkind oder Elternteil zu testen.

Bringen Sie bitte von jeder zu testenden Person die **Krankenversicherungskarte** mit.

Wir erwarten Sie am **Hintereingang auf der Terrasse der Praxis**. Dazu gehen Sie bitte den Weg links neben der Praxis zwischen den beiden Häusern Zur Lohne 1 und 3 entlang. Von dort holen wir Sie dann (familienweise) in die Praxis. Hinweis: Der Zugang ist nicht barrierefrei und auch mit Kinderwagen nicht passierbar!

Bitte kommen Sie **pünktlich** zum Termin. Durch Unvorhergesehenes kann eine kurze **Wartezeit** entstehen, der Wartebereich ist jedoch regengeschützt.

Wie sonst auch gilt die übliche **Maskenpflicht**.

Halten Sie zu anderen Personen mindestens 1,5 m **Abstand**.

Nur Personen, die getestet werden bzw. max. **eine Begleitperson** bei Kindern kommen zum Termin!

Beim Betreten/ Verlassen der Praxis bitte Hände desinfizieren.

Das **Testergebnis** liegt nach 15 – 20 Minuten vor. Wir werden Ihnen das Ergebnis (unverschlüsselt) per E-Mail zusenden. Optional **warten Sie bitte außerhalb vor der Praxis**, wir reichen Ihnen die Bescheinigung raus.

Ihr Praxisteam

Wichtige Hinweise

Sind Sie auf einen barrierefreien Zugang zwingend angewiesen, geben Sie das bei der Terminvereinbarung mit an und kommen zum Haupteingang.

Sollten Sie das Formular 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!



Anmeldebogen für Corona-Schnelltest

für Kinder und Jugendliche und deren Eltern, die noch nicht in unserer Patientenakte sind.

Wir benötigen zur Vorbereitung und zügigen Durchführung des Tests zwingend diesen vollständig ausgefüllten Anmeldebogen.

Sobald wir die Akte angelegt haben, werden wir Sie per E-Mail darüber informieren und Sie können einen Termin ausmachen.

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

Bei nachstehendem Patienten soll ein Corona-Schnelltest durchgeführt werden:

Patient

Nachname:	
Vorname:	
Geb.-Datum:	
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:	

Gesetzlicher Vertreter

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

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. **Ausnahme: das Ergebnis des Corona-Schnelltests wird unverschlüsselt versendet.**

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)

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

 **Die Angaben in diesem Bogen werden zur Durchführung der Schnellteste verwendet. Eine weitergehende ärztliche Betreuung/ Versorgung ist nicht vorgesehen.**

Hiermit willige ich ein, dass die Praxis Dr. Zilles die Bescheinigung mit dem Testergebnis als **unverschlüsseltes PDF** an meine angegebene E-Mail-Adresse senden darf (enthaltene Daten: Name, Anschrift, Geburtsdatum, Testergebnis). Mir ist bewusst, dass mit der Datenübertragung per E-Mail erhebliche Sicherheitsrisiken (z.B. Bekanntwerden der Daten durch Zugriff Dritter, Datenverlust, Virenübertragung, Übersendungsfehler, Übersendungsausfall etc.) verbunden sind.

Diese Zustimmung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

 Ja Nein

Datum

Unterschrift