



**Dr. med. Silke Zilles**

Ärztin für Kinder- und Jugendmedizin  
Homöopathie

# pcr-test privat

## Aufnahme in die Patientenkartei

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

Liebe Patienten, liebe Eltern!

Für manche private Situationen wird ein PCR-Test gefordert, z.B. für eine Urlaubsreise. Für derartige Anlässe werden die Kosten nicht von der Krankenkasse oder einem anderen Kostenträger übernommen und müssen daher privat beglichen werden. Wir bieten Ihnen einen solchen privaten PCR-Test an.

Zuvor möchten wir Sie über Kosten und zeitliche Abläufe informieren:

- Wir arbeiten mit dem LADR-Labor in Paderborn zusammen. Die Proben werden montags bis freitags jeweils um 12:00 Uhr und 17:30 Uhr, samstags um 8:00 Uhr und sonntags um 17:30 Uhr von dort an das weiterverarbeitende Labor weitergeleitet.
- Das Ergebnis liegt in der Regel einen Tag nach der Abholung am LADR-Paderborn vor, oftmals auch schneller. Wir haben keinen Einfluss auf die Geschwindigkeit der Auswertung.
- Ein Kurier holt werktäglich gegen **10 Uhr** Laborproben bei uns ab. Sollten wir die Abstrichentnahme nach dieser Zeit durchführen, haben Sie die Möglichkeit, den Beutel mit Probenröhrchen und Unterlagen selber in den Briefkasten des Labors zu werfen, damit die Probe zeitnah untersucht wird und nicht erst am nächsten Tag ins Labor kommt. Anschrift: LADR, Husener Str. 46b, Paderborn
- Für die Abstrichentnahme/ Befundübermittlung berechnet die **Praxis** nach der Gebührenordnung für Ärzte GOÄ (2x GOÄ 298 (Nase, Rachen, 2,3-fach), A245 (1,0-fach), 70 (1,3-fach)) **20,00 €**. Hierfür bitten wir um Barzahlung zum Zeitpunkt der Abstrichentnahme.
- Die **Laborkosten** werden Ihnen vom Labor in Rechnung gestellt, darauf haben wir keinen Einfluss. Aktuell liegen die Laborkosten für einen PCR-Test bei **58,23 €**. Tests, die am Freitag oder am Wochenende eingereicht werden, kosten **128,33 €**.
- Das Ergebnis könnte selbstverständlich per Briefpost übermittelt werden. Aufgrund der Postlaufzeiten können Sie dieses jedoch auch in der Praxis abholen oder wir senden es Ihnen auf Wunsch **unverschlüsselt per E-Mail** als PDF-Dokument zu.

**!** 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. **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** aus – als Onlinetermin ist ein solcher nicht auswählbar. Kommen Sie auf keinen Fall unangemeldet in die Praxis! Es ist nicht möglich, ohne Termin „noch kurz“ ein Geschwisterkind oder Elternteil mit zu testen.

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!

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 COVID19-PCR-Test privat

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

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

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

**Bei nachstehendem Patienten soll ein COVID19-PCR-Test 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/ PCR-Test 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](http://www.dr-zilles.de/index.php/infothek) habe ich zur Kenntnis genommen.


 **Die Angaben in diesem Bogen werden zur Durchführung eines COVID19-PCR-TEST 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

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich über die nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) anfallenden Kosten und die Erstattungsfähigkeit aufgeklärt wurde und möchte die vorgeschlagene Leistung in Anspruch nehmen. Diese erfolgen trotz bestehender Mitgliedschaft in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung auf eigenen Wunsch und auf eigene Kosten.

  Ja  Nein

Datum

Unterschrift