



**Dr. med. Silke Zilles**

Ärztin für Kinder- und Jugendmedizin  
Homöopathie

# aufnahme

Zur Lohne 3  
33178 Borchten

Tel.: 05251/ 41 42 7-0  
Fax: 05251/ 41 42 7-99  
Mail: [info@dr-zilles.de](mailto:info@dr-zilles.de)  
[www.dr-zilles.de](http://www.dr-zilles.de)

## Aufnahme in die Patientenkartei

Sehr geehrte Eltern,

wir freuen uns über Ihr Interesse an unserer Praxis! Gerne sind wir für die medizinische Versorgung Ihrer Kinder da. Ob wir Ihr Kind dauerhaft in unserer Praxis versorgen können hängt wesentlich vom Geburtstermin ab. Damit prüfen wir, ob wir auch in den Folgejahren ausreichend Termine für die anstehenden Vorsorgeuntersuchungen werden anbieten können.

### Schwangere

Unsere Erfahrung zeigt, dass viele Eltern froh sind, wenn Sie bereits **vor der Geburt** abgeklärt haben, ob eine Versorgung z.B. durch unsere Praxis erfolgen kann und sie sich nicht noch in der Zeit rund um den Geburtstag auf die Suche nach einem Kinderarzt machen müssen. Nutzen Sie dafür nicht dieses Formular, sondern den „[Anmeldebogen Ungeborene](#)“.

### Neu zugezogene Patienten und diejenigen, die in unserer Praxis versorgt werden möchten

Möchten Sie mit Ihrem/ Ihren Kind/ern **dauerhaft** in unserer **Praxis versorgt werden** und wohnen Sie im **näheren Umkreis** der Praxis, dürfen Sie gerne eine Anfrage stellen.

Dauerhaft bedeutet: Sie kommen nicht nur für akute Fälle, sondern auch für Vorsorgeuntersuchungen mit Ihrem Kind zu uns in die Praxis. Wir möchten kein „Ärzte-Hopping“ unterstützen.

Wir möchten eine wohnortnahe Versorgung (Gemeinde Borchten, Wewer, südliches Paderborner Land, südlicher Bereich der Stadt Paderborn) der Kinder und Jugendlichen ermöglichen. Wohnen Sie weiter entfernt und möchten trotzdem durch unsere Praxis versorgt werden, geben Sie Ihre Beweggründe bitte im Anmeldebogen an.

Gleichzeitig möchten wir zu bedenken geben, dass zu Ihrem bisherigen Kinderarzt/ Kinderärztin sicherlich ein gutes Verhältnis aufgebaut wurde. Wenn Sie dort zufrieden sind, überlegen Sie bitte gut, inwieweit ein Wechsel zum Wohle des Kindes erfolgen sollte.

### Was müssen Sie tun?

Wir benötigen einige Daten von Ihnen. Bitte füllen Sie das nachstehende Formular (idealerweise digital) **vollständig** aus, **unterschreiben Sie** es und lassen es uns zukommen\*. Nutzen Sie gerne die kostenfreie Rücksendung mittels eingedruckter Adresse in einem Fensterumschlag oder unseren elektronischen Briefkasten unter „Sicherer Kommunikation“ auf unserer Homepage. **Bei mehreren Kindern bitte für jedes (!) eine eigene Seite ausfüllen** und nicht auf der Rückseite o.ä. notieren.

\* Sollten Sie das Formular (incl. Einwilligungserklärung) per E-Mail (nur PDF oder Foto) 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!

## Wie geht es dann weiter?

Mit dem angegebenen (errechneten) Geburtstermin prüfen wir, ob eine dauerhafte Versorgung durch uns erfolgen kann.

Dabei halten wir uns an nachstehende Kriterien:

- Geschwisterkinder unserer geführten Patienten werden vorrangig aufgenommen
- Kinder aus dem näheren Umkreis der Praxis (Gemeinde Borcheln, Wewer, südliches Paderborner Land, südlicher Bereich der Stadt Paderborn) haben Vorrang vor nördlichen und nordwestlichen Gebieten
- Eingang der Anfrage

Am Ende einer Woche, nachdem uns Ihre Anfrage erreicht hat, geben wir Ihnen **Bescheid**, haben Sie bitte solange Geduld.

## Anmerkungen

Für einige Sachverhalte rund um die Patientenversorgung nutzen wir 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.

**Sensible Daten** versenden wir mittels Cloudlösung DRACoon. Hier erhalten Sie einen Link per E-Mail, unter welchem Sie das Dokument für einen gewissen Zeitraum abrufen können. Das Aufrufen des Links ist passwortgeschützt. Das Passwort erhalten Sie per SMS.

Für Privatpatienten: um Ressourcen zu sparen, bieten wir Ihnen den **Rechnungsversand** ebenfalls mittels o.g. Cloudlösung. Wenn Sie dieses nicht möchten, senden wir Ihnen die Rechnung per Briefpost zu. Dabei verzichten wir standardmäßig auf ein Duplikat, da es für viele nicht mehr erforderlich ist – wenn Sie eines benötigen, bitten wir darum, selber eine Kopie anzufertigen oder wir senden es auf Anforderung zu.

Bitte wählen Sie die Optionen im Formular aus und ergänzen die entsprechenden Felder.

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

Herzliche Grüße

Ihr Praxisteam



# Aufnahme Neupatienten

Anmerkungen/ Hinweise an die Praxis:

Deutsche Post   
ANTWORT

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

Eingang \_\_\_\_\_

	U3 - U6	U7 / U7a	U8 / U9	U10 / U11	J1 / J2
Auslastung					

Aufnahme:  ja |  nein | Hdz. Zi: \_\_\_\_\_

Info an Patient am \_\_\_\_\_ | Hdz.: \_\_\_\_\_  per E-Mail

ID \_\_\_\_\_

**Für nachstehenden Patienten soll eine Aufnahme zur Versorgung in Praxis Dr. Zilles geprüft werden**

Nachname:	
Vorname:	
Geb.-Datum:	
Geschlecht:	<input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> divers <input type="radio"/> unbestimmt
Straße, PLZ Ort:	
Wohngebiet:	<input type="radio"/> Gemeinde Borchten <input type="radio"/> Wewer <input type="radio"/> südl. Stadtgebiet PB <input type="radio"/> südl. Kreisgebiet PB <input type="radio"/> anderes
Krankenkasse:	
Telefon Festnetz:	
Mobil (Mutter):	
Mobil (Vater):	
E-Mail-Adresse:	

## 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:		

## 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. Wir nutzen zudem für die Zurverfügungstellung weiterer Unterlagen wie Laborbefunde etc. die Cloudlösung DRACoon der DRACoon GmbH, Galgenbergstraße 2a, 93053 Regensburg. Hier erhalten Sie einen Link per E-Mail unter welchem Sie das Dokument für einen gewissen Zeitraum abrufen können. Das Aufrufen des Links ist passwortgeschützt. Das Passwort erhalten Sie ebenfalls per separater Mitteilung. Beachten Sie hierzu auch die Datenschutzhinweise unter <https://www.dracocon.com/de/datenschutzerklaerung>.

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)

Passwort für vertrauliche E-Mails als SMS an die Mobilnr. von  Mutter  Vater  andere:

**Privat Versicherte** Die ärztlichen Leistungen – über die anfallenden Kosten werden Sie hiermit informiert – werden nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet. In der Regel rechnen wir mit dem 2,3-fachen Steigerungssatz ab. In begründeten Ausnahmefällen kann mit einem Steigerungsfaktor von bis zu 3,5 abgerechnet werden.

Sollten Sie mit Ihrer Privaten Krankenversicherung einen abweichenden Steigerungsfaktor vereinbart haben weisen wir Sie hiermit darauf hin, dass eine solche Vereinbarung nur zwischen Ihnen und Ihrer Versicherung besteht. Ein Anspruch auf einen entsprechenden Faktor bei der Rechnungstellung leitet sich daraus nicht ab.

Für die Kosten dieser und zukünftiger Behandlungen komme ich – unabhängig von der Eintrittspflicht der Krankenversicherung und unabhängig von der Erstattung durch die Beihilfe – selbst auf.

Sollte meinerseits ein vereinbarter Termin nicht wahrgenommen und nicht abgesagt worden sein, bin ich damit einverstanden, eine Ausfallentschädigung zu zahlen.

Rechnungsversand per E-Mail:  Ja  Nein

E-Mail-Adresse f. Rechnungen, falls abweichend:


Das Passwort für Rechnungen als SMS an die Mobilnr. von  Mutter  Vater  andere:


**Gesetzlich Versicherte** Ich bin darüber informiert, dass ich die Behandlung als Privatbehandlung zu zahlen habe, sollte ich nicht innerhalb von 10 Tagen nach Behandlungsbeginn meine gültige elektronische Gesundheitskarte bzw. einen anderen gültigen Anspruchsnachweis nachreichen. Die Rechnung wird dann auf der Basis der GOÄ erstellt.


Ein Nachreichen der gültigen elektronischen Gesundheitskarte bzw. eines anderen gültigen Anspruchsnachweises ist bis zum Ende des Quartals, in dem die Behandlung erfolgt ist, möglich (in diesem Fall erfolgt eine Rückerstattung der auf der Basis einer Privatrechnung gezahlten Kosten).

Sollte meinerseits ein vereinbarter Termin nicht wahrgenommen und nicht abgesagt worden sein, bin ich damit einverstanden, eine Ausfallentschädigung zu zahlen.

**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

 Die „**Patienteninformation zum Datenschutz**“ gem. Art. 13 DSGVO unter [www.dr-zilles.de](http://www.dr-zilles.de) habe ich zur Kenntnis genommen.

 Durch diese Anmeldung zur Aufnahme lässt sich noch keine dauerhafte ärztliche Betreuung/ Versorgung ableiten. Die Praxis prüft lediglich freie Kapazitäten zur Aufnahme der angegebenen Patienten und gibt Rückmeldung, ob die angegebenen Patienten dauerhaft versorgt werden können. Erst dann können Termine vereinbart werden (Notfälle selbstverständlich ausgenommen). Die gemachten Angaben dienen der Praxis dazu, im Falle der Aufnahme die Patientenakte vollständig anzulegen, um im Bedarfsfall direkt darauf zugreifen zu können, sowie – falls gewünscht – die Patientenkommunikation per E-Mail zu vereinfachen. Sollte keine Aufnahme erfolgen können, erfolgt keine Speicherung der Daten.

Datum

Unterschrift