



BEGUMED Ulm GmbH

Begutachtungen in der Medizin

unabhängig, interdisziplinär, kompetent

BEGUMED Ulm GmbH, Begutachtungen in der Medizin, Söflingerstr. 174/3, 89077 Ulm

Sehr verehrte
Begutachtungspatientin,

sehr geehrter
Begutachtungspatient

Anschrift Söflingerstr. 174/3, (Praxisräume, Post, Pakete)
89077 Ulm
Pfaugasse 8 (Geschäftsstelle)
89073 Ulm/Donau
Kelternweg 52 (Post und Paketanschrift)
Postnummer: 854930481
89075 Ulm

Kontakt Telefon 0731 – 14 033 40
Telefax 0731 – 5 60 25
Internet www.begumed.de
Mail info@begumed.de

Geschäftsführung Brigitte Tisch, Dagmar Lang
Gabriele Maier, Inge-Marie de Winter

Gerichtsstand Amtsgericht Ulm
HRB 731798

Steuernummer 88001/39821
Ust-IdNr.: DE258687921

Bank Konto Nr. 0181800
Deutsche Bank Ulm (BLZ 630 700 24)
IBAN DE 15630700240018180000
SWIFT-BIC DEUTDEDB630

Informationen zum Datenschutz

Bei der Erstellung von Gutachten durch die BEGUMED GmbH werden Ihre personenbezogenen Daten und angegebenen Gesundheitsdaten gespeichert und verarbeitet. Personen-bezogene Daten sind alle Daten, die auf Sie persönlich beziehbar sind, z. B. Name, Adresse, Telefonnummer.

„Gesundheitsdaten“ sind gem. Art 4 Nr. 15 DS-GVO personenbezogene Daten, die sich auf den körperlichen oder geistigen Befunde/Daten Ihrer Person beziehen und aus denen Informationen über Ihren Gesundheitszustand hervorgehen.

Die erhobenen Daten werden ausschließlich zum Zweck der Gutachtenerstellung verwendet. Im Rahmen der Gutachtenerstellung kann eine Weitergabe der Daten an sachverständige Ärzte und deren Mitarbeiter zum Zwecke der Gutachtenerstellung erfolgen. Eine Weitergabe Ihrer Daten an Dritte zu anderen Zwecken als der Gutachtenerstellung erfolgt nicht.

Datenschutzbeauftragter der BEGUMED GmbH ist:

Michael Palz, PRIOKOM Informationstechnik GmbH, Im Lehrer Feld 8, 89081 Ulm, Tel.: 0731-962940, eMail: info@priokom.de

BEGUMED Ulm GmbH, Begutachtungen in der Medizin, unabhängig, interdisziplinär, kompetent



Sie haben gegenüber uns folgende Rechte hinsichtlich der Sie betreffenden personenbezogenen Daten: Recht auf Auskunft, Recht auf Berichtigung oder Löschung, Recht auf Einschränkung der Verarbeitung. Sie haben zudem das Recht, sich bei einer Datenschutz-Aufsichtsbehörde über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns zu beschweren.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen, soweit Sie es können, sorgfältig und vollständig aus. Sie erleichtern uns den Ablauf der Begutachtung und können auf – aus Ihrer Sicht – besonders wichtige Fakten und Befunde zusätzlich hinweisen.

Bitte bringen Sie den Fragebogen erst zur Begutachtung mit. Bitte nicht im Vorfeld zuschicken!!

Datum: _____

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Mobilfunknummer (damit wir Sie ggf. während des Begutachtungstages erreichen können: _____

Wichtig: Im Rahmen der Begutachtung können ggf. Fotos von mir und den für die Begutachtung wichtigen Körperbefunden erstellt werden. Diese Fotos werden im Gutachten abgedruckt. Eine weitere Verwendung dieser Fotos ist ausgeschlossen. Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass von mir bei Bedarf diese Fotos gemacht werden und stimme einer Verwendung für die Gutachtenerstellung ausdrücklich zu.

(1) Eigene Angaben:

(1.1) Derzeitiger behandelnder Arzt/beh. Ärzte: Name(n), genaue Anschrift und Telefon: _____

(1.2) Medikamenten-, Suchtmittelanamnese: _____

Alkohol: Ja wieviel: Nikotin: Ja wieviel:
Nein Nein

Medikamente (Dosierung, ...)

(1.3) Familienanamnese: gibt es Erb- oder Nervenkrankheiten in Ihrer Familie? _____

Nein
Ja welche ?

(1.4) Eigenanamnese:
Welche Erkrankungen / Operationen haben Sie bisher schon durchgemacht (**Jahresangabe**) ? _____

-
-
-
-
-

ggf. Unfallanamnese: (möglichst exakte Schilderung des Unfallhergangs):

bitte ggf. Zusatzblatt einfügen

(1.5) Jetzige Beschwerden:

Bitte geordnet und so gut als möglich Symptome beschreiben! Keine Diagnosen !

-
-
-
-
-
-

bitte ggf. Zusatzblatt einfügen

Körpergröße: _____cm Körpergewicht: _____kg Alter: _____ J.

Blutdruck / Puls (wenn bekannt, evtl. selbst gemessen):

Systole (oberer Wert) _____ Diastole (unterer Wert) _____ Puls/Min. _____

Ich erkläre, dass die Angaben wahrheitsgemäß sind

Datum

Unterschrift

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich,

_____ geb.: _____

wohnhaft: _____

Telefon Nr.: _____

mich damit einverstanden, dass die BEGUMED Ulm GmbH, Pfauengasse 8, 89073 Ulm zum Zwecke der Erstellung eines ärztlichen Gutachtens meine personenbezogenen Daten, meine Unterlagen und die im Fragebogen gemachten Angaben erhebt, speichert und erhält. Mir ist bekannt, dass die BEGUMED GmbH ihrerseits mit der Gutachtenerstellung sachverständige Ärzte beauftragen kann. Ich bin damit einverstanden, dass auch diese sachverständigen Ärzte und deren Mitarbeiter zum Zweck der Gutachtenerstellung meine personenbezogenen Daten, meine Unterlagen und die im Fragebogen gemachten Angaben erhalten und darin Einsicht nehmen dürfen.

Ort, Datum

(Unterschrift, ggf. gesetzlicher Vertreter)

Widerrufsbelehrung

Ich bin ferner darauf hingewiesen worden, dass ich meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Der Widerruf ist an die BEGUMED GmbH, Söflingerstraße 174/3, 89077 Ulm oder per E-Mail an info@begumed.de zu richten.

Im Fall des Widerrufs werden mit dem Zugang Dritte, denen die o. g. Einverständniserklärung bekanntgegeben wurde, umgehend von meinem Widerruf informiert.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich,

_____ geb.: _____

wohnhaft: _____

Telefon Nr.: _____

die mich aufgrund der Behandlung _____
(Grund / Gegenstand der medizinischen Behandlung) **behandelnden Ärzte und Angehörigen der Heilberufe** ein-schließlich des Pflege- und Klinikpersonals, namentlich aus folgenden Kliniken / Praxen

(genauer Name, Vorname, Anschrift der Ärzte usw.)

von ihrer gesetzlichen **ärztlichen Schweigepflicht**. Die vorgenannten Angehörigen der Heilberufe sowie Bediensteten sind aus Anlass der o. g. medizinischen Maßnahme befugt, allen sachverständigen Ärzten und Mitarbeitern der BEGUMED Ulm GmbH über alle Umstände – einschließlich Vorerkrankungen – über den o. g. Zeitraum Auskunft zu geben, die mit dem vorbenannten Anlass in Zusammenhang stehen oder stehen könnten.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Schweigepflichtentbindungserklärung auf freiwilliger Basis erfolgt.

Ich wurde ausführlich über Sinn und Zweck dieser Schweigepflichtentbindung sowie über die Folgen einer Verweigerung beraten.

Ort, Datum Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter

Widerrufsbelehrung

Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich bin ferner darauf hingewiesen worden, dass ich meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Der Widerruf ist an die BEGUMED GmbH, Söflingerstraße 174/3, 89077 Ulm oder per E-Mail an info@begumed.de zu richten.

Im Fall des Widerrufs werden mit dem Zugang Dritte, denen die o. g. Einverständniserklärung bekanntgegeben wurde umgehend von meinem Widerruf informiert.

Diese Erklärung ist zu jedem Zeitpunkt widerrufbar. Wird ein Widerruf nicht ausgeübt, gilt die Einwilligung über meinen Tod hinaus.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter