



**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)  
89077 Ulm  
Kelternweg 52 (Post und Paketanschrift)  
89075 Ulm

**Kontakt** Telefon 0731 – 14 033 40  
Telefax 0731 – 5 60 25  
Internet [www.begumed.de](http://www.begumed.de)  
Mail [info@begumed.de](mailto: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. Personenbezogene Daten sind alle Daten, die auf Sie persönlich beziehbar sind, z. B. Name, Adresse, Telefonnummer.

„Gesundheitsdaten“ sind gem. Art. 4 Nr. 15 DSGVO personenbezogene Daten, die sich auf den körperlichen oder geistigen Befunden/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:

PRIOKOM Informationstechnik GmbH, Herr Michael Palz, Im Lehrer Feld 8, 89081 Ulm, 0731 – 96294-0

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,

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



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.

Vorname:....., Name: .....

**(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

Vorname:....., Name: .....

**(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. \_\_\_\_\_

Vorname:....., Name: .....

**(2) ergänzende Angaben für die nervenärztliche Begutachtung:**

**(2.1) Entwicklungsanamnese:** Hatten Sie schwerwiegende/belastende Erlebnisse in der Kindheit?  
Gibt es nachhaltig beeinträchtigende Ereignisse in Ihrem Leben?

Welche: ?

Wiederkehrenden Rückerinnerungen?

Vermeiden Sie bestimmte Situationen?

**(2.2) Beruflicher Werdegang:** Ausbildung, jetzige Tätigkeit, Arbeitsplatzwechsel etc.

Grundschule von ... bis...  
Hauptschule von... von ... bis...  
Realschule / Gymnasium von ... bis...  
Berufsausbildung / Studium von ... bis... als....

früher ausgeübte Tätigkeit (Jahresangaben !)

derzeitige Tätigkeit / Arbeitsverhältnis (seit wann !)

Wurde früher oder wird jetzt eine Rente bezogen ?

Nein  Ja  von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ seit wann: \_\_\_\_\_

Ist ein Behinderungsgrad / Merkzeichen anerkannt ?

Nein  Ja  von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ seit wann: \_\_\_\_\_

Merkzeichen G / aG / B / H / ....

Besteht Arbeitsunfähigkeit ?

Nein  Ja  seit wann: \_\_\_\_\_ aufgrund welcher Erkrankung: \_\_\_\_\_

Vorname:....., Name: .....

**(2.3) Soziale Anamnese:**

Familienstand, ggf. zu versorgende Kinder, Hobby, Verpflichtungen, Ehrenämter

---

Wo geboren?

Wo aufgewachsen?

Vater: Alter, Beruf

Mutter: Alter, Beruf

Geschwister: Alter, Beruf

Heirat / Partnerschaft

Seit Wann?

Noch bestehend?

Kinder?

Anzahl?

Alter?

Wohnsituation:

Wohnung? / Haus? / Miete? / Eigentum? / Allein? / Mehrere Generationen? / Eigener Garten?

Verantwortung für zu pflegende Angehörige?

Ehrenämter?

Hobbies?

Schildern Sie bitte Ihren Tagesablauf ! Bitte machen Sie genauere Angaben, so dass sich ein Bild des Tagesablaufes mit ungefähren Uhrzeiten ergibt:

---

Vor 06:00 Uhr....

06:00 bis 08:00 Uhr....

08:00 bis 10:00 Uhr ....

10:00 bis 12:00 Uhr....

12:00 bis 14:00 Uhr....

14:00 bis 16:00 Uhr....

16:00 bis 18:00 Uhr....

18:00 bis 20:00 Uhr....

20:00 bis 22:00 Uhr....

22:00 bis 24:00 Uhr....

24:00 Uhr bis 06:00 Uhr...

---

Ich erkläre, dass die Angaben wahrheitsgemäß sind

Datum

Unterschrift

Vorname:....., Name: .....

## Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich,

\_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

wohnhaft:

\_\_\_\_\_

Telefon Nr.:

\_\_\_\_\_

mich damit einverstanden, dass die BEGUMED Ulm GmbH, Kelternweg 52, 89075 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)

Vorname:....., Name: .....

## 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, Kelternweg 52, 89075 Ulm oder per E-Mail an [info@begumed.de](mailto: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

Vorname:....., Name: .....

## Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich,

\_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

wohnhaft: \_\_\_\_\_

Telefon Nr.: - \_\_\_\_\_

die mich aufgrund der Behandlung

\_\_\_\_\_

(Grund / Gegenstand der medizinischen Behandlung)

**behandelnden Ärzte und Angehörigen der Heilberufe** einschließlich 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

Vorname:....., Name: .....

## 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, Kelternweg 52, 89075 Ulm oder per E-Mail an [info@begumed.de](mailto: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

Vorname:....., Name: .....