



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 Mail info@begumed.de
Geschäftsführung	Brigitte Tisch, Dagmar Lang 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

1. August 2022

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Probandin, sehr geehrter Proband,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

BEGUMED Ulm, Kelternweg 52, 89075 Ulm / 0731 – 14 033 40 / info@begumed.de

Sie erreichen die/den zuständige/n Datenschutzbeauftragte/n unter:

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

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



Vorname:, Name:

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um die Begutachtung zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von auftragsbezogenen Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Begutachtung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Begutachtung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere mit der Begutachtung beauftragte und involvierte Ärzte sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abstimmung der bei Ihnen erhobenen Befunde. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur so lange auf, wie dies für die Durchführung der Begutachtung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Begutachtung aufzubewahren.

Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Rontgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

Vorname:, Name:

5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Baden-Württemberg / Postfach 10 29 32, 70025 Stuttgart /Königstraße 10a, 70173 Stuttgart / Tel.: 0711/61 55 41 – 0 / Fax: 0711/61 55 41 – 15 / E-Mail: poststelle@ldi.bwl.de / Internet: <https://www.baden-wuerttemberg.datenschutz.de>

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

7. BILD- und TONAUFNAHMEN

Im Rahmen der Behandlung und/oder der Operation können ggf. Fotos von mir und den für die Begutachtung wichtigen Körperbefunden erstellt werden.

Diese Fotos dürfen anonymisiert für wissenschaftliche Zwecke, Publikationen, Vorträge, etc. verwendet werden. Außerdem werden diese Fotos im Gutachten abgedruckt. Eine weitere

Vorname: _____, Name: _____

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 o.g. Zwecke ausdrücklich zu.

8. NAMENTLICHE NENNUNG IM RAHMEN DER BEGUTACHTUNG

Ich bin damit einverstanden, mit meinem Namen aus dem Wartezimmer aufgerufen zu werden. Ich wünsche keinen anonymisierten Aufruf mittels Wartenummer.

9. Aus Gründen der Lesbarkeit wurde im Text die männliche Form gewählt, nichtsdestoweniger beziehen sich die Angaben auf Angehörige aller Geschlechter (m/w/d).

Bitte bringen Sie den Fragebogen erst zur Begutachtung mit.

Bitte nicht im Vorfeld zuschicken!!

Datum: _____

Mobilnummer: _____

Vorname: _____

Name: _____

geb.: _____

Vorname:, Name:

(1) Soziale Daten:

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

(1.2) Derzeitige Tätigkeit (möglichst detaillierte Tätigkeitsbeschreibung):

Welcher Beruf wird ausgeübt?

Darstellung der Tätigkeit:

(1.3) Arbeitsunfähigkeit:

Nein Ja seit wann: aufgrund welcher Erkrankung?

(1.4) Arbeitssuchend beim Arbeitsamt:

Nein Ja seit wann?

(1.5) Reha Antrag / Renten Antrag an anderer Stelle?

Nein Ja welche Stelle?

(1.6) Früherer oder derzeitiger Rentenbezug?

Nein Ja welche Stelle?

(1.7) Amts- oder vertrauensärztliche Untersuchung in den letzten 12 Monaten?

Nein Ja welche Stelle?

(2) Medizinische Anamnese:

(2.1.0) DMP-Programm / Integrierte Versorgung

Teilnahme an einem DMP-Programm Nein Ja welches DMP-Programm?
Teilnahme an einer Integrierten Versorgung Nein Ja welches DMP-Programm?

(2.1.1) Behandelnde Ärzte (Name, Anschrift, Fachdisziplin):

(2.1.2) Derzeitige Behandlung (Medikamente, Wirkstoff, Dosierung, Krankengymnastik etc.):

(2.1.3) Alkohol:

Nein Ja wie viel:

Vorname:, Name:

(2.1.4) Nikotin:

Nein Ja wie viel:

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

Nein Ja welche?

(2.3) Eigenanamnese:

Welche Erkrankungen / Operationen hatten Sie bisher? **Jahresangabe!**

(2.4) Entwicklungsanamnese:

Hatten Sie besonders schwerwiegende/belastende Erlebnisse in Ihrer Kindheit? Gibt es nachhaltig beeinträchtigende Ereignisse in Ihrer Lebensgeschichte?

Wenn ja, welche?

(2.5) Soziale Anamnese und Biographie:

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

Wo geboren?

Wo aufgewachsen?

Vater: Alter, Beruf

Mutter: Alter, Beruf

Geschwister: Alter, Beruf

Ehrenämter?

Hobbies?

Grundschule von ...

bis...

Hauptschule von ...

bis...

Realschule / Gymnasium von ...

bis...

Berufsausbildung / Studium von ...

bis...

als....

früher ausgeübte Tätigkeit:

derzeitige Tätigkeit / Arbeitsverhältnis:

Heirat / Partnerschaft Wann?

Noch bestehend?

Kinder? Anzahl?

Alter?

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

Verantwortung für zu pflegende Angehörige?

Vorname: _____, Name: _____

(2.6) Jetzige Beschwerden:

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

-
-
-
-
-
-

(2.7) 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...	

(2.8) Selbsteinschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit:

Leistungsfähig?	Eingeschränkt leistungsfähig?	Nicht leistungsfähig?	Wodurch?
-----------------	-------------------------------	-----------------------	----------

(2.9) Selbsteinschätzung der beruflichen Perspektive:

Körpergröße: _____ cm Körpergewicht: _____ kg Alter: _____ Jahre

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

Systole (oberer Wert) mmHg _____ Diastole (unterer Wert) mmHg _____ Puls/min. _____

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 Gutachtenerstellung meine Unterlagen und/oder Daten erhält und darin Einsicht nehmen kann. Mir ist bekannt, dass die BEGUMED Ulm seinerseits mit der Gutachtenerstellung sachverständige Ärzte beauftragt. Ich bin damit einverstanden, dass auch diese dritten Personen (sachverständige Ärzte und deren Mitarbeiter) zum Zwecke der Gutachtenerstellung meine Unterlagen und/oder Daten erhalten und darin Einsicht nehmen dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter

Vorname:, Name:

Widerrufsbelehrung

Ich bin 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 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:

den/die nachfolgend benannten Arzt/Ärzte, Zahnarzt/Zahnärzte und/oder Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden

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

von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht gegenüber der BEGUMED Ulm GmbH, Kelternweg Ulm, 89075 Ulm/Donau, sowie gegenüber den von der BEGUMED beauftragten Ärzten. Anlass für diese freiwillig abgegebene Erklärung ist die Erstellung eines medizinischen Gutachtens durch die BEGUMED Ulm bzw. die von ihr beauftragten Ärzte.

Vorname:, Name:

Der/die vorgenannte(n) Angehörige(n) der Heilberufe sowie Bedienstete(n) von Krankenanstalten und Behörden ist/sind befugt, der BEGUMED Ulm sowie den von der BEGUMED Ulm beauftragten Ärzten über alle Umstände - einschließlich Vorerkrankungen - Auskunft zu erteilen, die mit dem vorbenannten Anlass im Zusammenhang stehen oder stehen können. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter

Widerrufsbelehrung zur 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 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