



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
Pfauengasse 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

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

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



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

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

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um die Begutachtung zwischen Ihnen und Ihrem Arzt (Ärztin) 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 (Ärztinnen) erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte (Ärztinnen) oder Psychotherapeuten (innen), 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 (Ärztinnen) sein.

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

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange 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 Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

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@lfdi.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 Paragraph 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 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.

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 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

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

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

Für Terminverschiebungen oder Terminbestätigungen nutzen Sie bitte ausschließlich die Kontaktdaten der BEGUMED Ulm. Söflingerstr. 174/3, 89077 Ulm, Telefon 0731 – 14 033 40 , Telefax 0731 – 5 60 25, Mail info@begumed.de

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