

## Einwilligung

Name:	Geburtsname:	Vorname:	PNr.
Geburtstag:	Geburtsort:	Beruf:	
wohnhaft (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort, Ortsteil)			
<input type="checkbox"/> amtsbekannt	ausgewiesen durch:	<input type="checkbox"/> Personalausweis	<input type="checkbox"/> Reisepass
wurde begutachtet zwecks:		Tag der Untersuchung:	
veranlasst von:	mit Schreiben vom:	Aktenzeichen:	

Hiermit willige ich, \_\_\_\_\_ (geboren am: \_\_\_\_\_),  
(Name, Vorname) (Datum)

ausdrücklich ein, dass das Gesundheitsamt Schweinfurt das mich betreffende Gesundheitszeugnis vom \_\_\_\_\_ zu dem Zweck einer dienstrechtlichen Entscheidung über meine Übernahme  
(Datum)

in das Beamtenverhältnis an die für diese Entscheidung zuständige personalbewirtschaftende Stelle am \_\_\_\_\_ weiterleitet.  
(veranlassende Stelle)

Das Gesundheitszeugnis darf hierbei nur die erforderlichen medizinischen Daten für die dienstrechtliche Entscheidung zur Übernahme in das Beamtenverhältnis enthalten.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich oder elektronisch gegenüber dem Gesundheitsamt Schweinfurt mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Schweinfurt, \_\_\_\_\_  
(Datum)

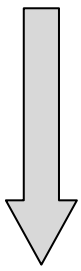
\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

# BEURTEILUNGSGRUNDLAGE

(bleibt im ärztlichen Dienst)

Anlage 2

zu Nr. 2.4 GesZVV



Name, Geburtsname, Vorname: \_\_\_\_\_  
geboren am: \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_  
vollständige Anschrift: \_\_\_\_\_  
 amtsbekannt                      ausgewiesen durch                       Personalausweis                       Reisepass  
wurde zwecks \_\_\_\_\_ begutachtet.  
veranlasst von \_\_\_\_\_  
mit Schreiben vom : \_\_\_\_\_ Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

## Angaben zur Untersuchung:

### 1. Familienvorgeschichte (Eltern, Geschwister, Kinder)

*folgende Krankheiten:*

- |  |  |  |                                |
|--|--|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck                               | <input type="checkbox"/> krankhaftes Übergewicht         | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Krebs |
| <input type="checkbox"/> Suchtkrankheiten                              | <input type="checkbox"/> rheumatische Krankheiten        | <input type="checkbox"/> Augenerkrankung |                                |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Nervensystems und der Psyche | <input type="checkbox"/> Herz- und Kreislauferkrankungen |  |                                |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____                               |  |  |                                |
| <input type="checkbox"/> keine ernstesten Krankheiten                  |  |  |                                |

### 2. Eigene Vorgeschichte

*folgende Krankheiten:*

- hoher Blutdruck
- Allergien, Heuschnupfen, Asthma
- chronische Lungenerkrankungen
- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)
- chronische Infektionserkrankungen  
(z.B. Tuberkulose, Hepatitis B / C,  
HIV-Infektion / Aids-Erkrankung)
- Mandelentzündungen, Scharlach
- Erkrankungen des Nervensystems  
und der Psyche
- rheumatische Krankheiten
- Krebs
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

*Krankheiten folgender Organe:*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Blutgefäße                                       | <input type="checkbox"/> Nervensystem, Gehirn         |
| <input type="checkbox"/> Bronchien/Lunge                                  | <input type="checkbox"/> Augen                        |
| <input type="checkbox"/> Gallenblase                                      | <input type="checkbox"/> Ohren und Gleichgewichtssinn |
| <input type="checkbox"/> Harnblase  | <input type="checkbox"/> Schilddrüse                  |
| <input type="checkbox"/> Haut   |   |
| <input type="checkbox"/> Herz   |   |
| <input type="checkbox"/> Leber  |   |
| <input type="checkbox"/> Magen und Darm                                   |   |
| <input type="checkbox"/> Nieren   |   |
| <input type="checkbox"/> Bewegungsapparat (Knochen, Gelenke, Wirbelsäule) |   |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____                                  |   |

- Keine ernstesten Krankheiten oder Behinderungen

Wurden Sie wegen eines bestimmten Leidens längere Zeit oder wiederholt behandelt?

- nein     ja, weshalb \_\_\_\_\_

von wem: \_\_\_\_\_

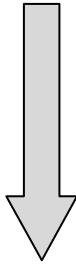
Krankenhausaufenthalte/Kuren \_\_\_\_\_

(Jahr, Dauer, Grund) \_\_\_\_\_

Operationen \_\_\_\_\_

bei Frauen: Geburten (Jahr) \_\_\_\_\_

Bitte auf Seite 2 Zutreffendes ankreuzen  und/oder vollständig ausfüllen und unterschreiben



Bitte auf Seite 2 Zutreffendes ankreuzen  und/oder vollständig ausfüllen und unterschreiben

3. Sind Sie schwerbehindert? Haben Sie Rente beantragt? Sind Sie gleichgestellt?  
 nein  ja, weshalb \_\_\_\_\_ /GdB: \_\_\_\_\_

4. a) Stehen Sie zurzeit in medizinischer Behandlung?  
 nein  ja, bei wem/weshalb \_\_\_\_\_

b) Nehmen Sie Medikamente ein?  
 nein  ja, weshalb \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

5. Suchtkrankheit  
 nein  ja, seit \_\_\_\_\_  
abhängig von welcher Droge: \_\_\_\_\_

6. Jetzige Beschwerden oder Krankheiten

<input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit / Gewichtsabnahme	<input type="checkbox"/> Beschwerden der Verdauung / des Stuhlgangs	<input type="checkbox"/> Nachtschweiß
<input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> nächtliches Wasserlassen
<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (z. B. Gicht / Fette)	<input type="checkbox"/> andere Stoffwechselstörung	<input type="checkbox"/> hoher Blutdruck
<input type="checkbox"/> rheumatische Beschwerden (z. B. Depression, Angst)	<input type="checkbox"/> Psychische Beschwerden	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen
<input type="checkbox"/> Hörstörungen / Tinnitus	<input type="checkbox"/> Sehstörungen (z. B. Doppelbilder, Nachtblindheit)	<input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörungen / Schwindel
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen und am Bewegungsapparat	<input type="checkbox"/> Schmerzen und Bewegungseinschränkungen an der Wirbelsäule	
	<input type="checkbox"/> Schmerzen anderer Lokalisation: _____	
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		
<input type="checkbox"/> Keine Beschwerden		

7. Fühlen Sie sich gesund und leistungsfähig?  
 ja  nein

8. Tragen Sie eine Sehhilfe?  nein  ja  Brille  Kontaktlinsen  
Stärke der Sehhilfe: rechts: sph. zyl. links: sph. zyl.

9. Rauchen Sie?  
 nein  ja, seit \_\_\_\_\_ wie viel / wovon \_\_\_\_\_

10. Nehmen Sie regelmäßig alkoholische Getränke (einschließlich Bier) zu sich?  
 nein  ja, seit \_\_\_\_\_ wie viel / wovon \_\_\_\_\_

11. Wurden Sie schon einmal auf Ihre gesundheitliche Eignung untersucht (z. B. Musterung)?  
 nein  ja wo \_\_\_\_\_ Ergebnis: \_\_\_\_\_

**Erklärung:**  
Ich bin damit einverstanden, dass dem untersuchenden Arzt alle für die Beurteilung benötigten ärztlichen Befunde und Unterlagen zur Verfügung gestellt sowie Auskünfte erteilt werden. Zu diesem Zweck entbinde ich die Ärzte, Zahnärzte und Angehörigen anderer Heilberufe, die mich untersucht, beraten oder behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht. Ich erkläre mich ferner damit einverstanden, dass diese Beurteilungsgrundlage und die weiteren medizinischen Befunde und Unterlagen zur Klärung medizinischer Zweifel Fragen im erforderlichen Umfang innerhalb des ärztlichen Dienstes (Ärzte an Gesundheitsämtern, Regierungen und im Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege) weitergeben werden können. Ich habe dem untersuchenden Arzt alles mitgeteilt, das für die Beurteilung meines Gesundheitszustands von Bedeuten sein könnte.

\_\_\_\_\_ Datum X \_\_\_\_\_ Unterschrift

**Für Ergänzungen bitte ein Zusatzblatt anlegen!**

## Ergänzung zur Beurteilungsgrundlage für die amtsärztliche Untersuchung

Name: \_\_\_\_\_ Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_

### Zur Thematik „HIV-Infektion/AIDS“ ist die Beantwortung folgender Fragen notwendig:

1. Sind Sie HIV-infiziert oder aidskrank?

ja  nein

2. Wurde bei Ihnen bereits ein HIV-Test durchgeführt?

ja, am \_\_\_\_\_  nein

Ergebnis:  positiv  negativ

3. Hatten Sie ein Infektionsrisiko<sup>1</sup> für diese Erkrankung?

ja  nein

### **Anmerkung:**

Der bayerische Ministerrat hat am 21. November 1995 beschlossen, dass bei amtsärztlichen Einstellungsuntersuchungen nur dann eine Blutuntersuchung auf HIV-Antikörper durchgeführt wird, wenn Verdachtsmomente auf eine HIV-Infektion oder eine AIDS-Erkrankung hindeuten.

Zur Erfüllung des Gutachtensauftrages wurden die untersuchenden Amtsärzte angewiesen, die drei o. g. Fragen zu stellen, das Ergebnis zu dokumentieren und dem Untersuchungsbogen beizulegen.

Wie alle Fragen im Untersuchungsbogen sind auch diese Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten. Die Erklärung auf Seite 2 des Untersuchungsbogens gilt auf für den Inhalt dieses Beiblatts.

X \_\_\_\_\_

Unterschrift

### <sup>1</sup> Erläuterung:

Infektionsrisiken bestehen bei

- homosexuellen Kontakten bei Männern
- intravenösen Drogenmissbrauch
- Bluttransfusionen und Empfang von Blutprodukten vor Oktober 1985
- heterosexuellen Kontakten zu Angehörigen der primären Risikogruppe (Homo- oder bisexuelle Männer, intravenös Drogenabhängige, Personen aus Ländern mit einer hohen HIV-Infektionsrate und Menschen, die durch Blut oder Blutprodukte infiziert wurden)

# Informationspflichten bei einer Erhebung von Daten bei der betroffenen Person (Art. 13 DSGVO)

## Schreiben 1 - amtsärztliche Zeugnisse

<b>1. Bezeichnung der Verarbeitungstätigkeit</b>	<b>Amtsärztliche Zeugnisse</b>
<b>2. Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen</b>	Verantwortlich für die Datenerhebung ist: Landratsamt Schweinfurt Postfach 1450 97404 Schweinfurt Email: info@lrasw.de Telefon: 09721-55-0
<b>3. Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten</b>	Datenschutzbeauftragter im Landratsamt SW: Landratsamt Schweinfurt Postfach 1450 97404 Schweinfurt Email: datenschutzbeauftragter@lrasw.de Telefon: 09721-55-618
<b>4. Zwecke und Rechtsgrundlagen der Verarbeitung</b>	Ihre Daten werden zur Erstellung eines amtsärztlichen Zeugnisses für den Auftraggeber dieses Gutachtens erhoben.
	Art. 11 GDVG (Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetz)
<b>5. Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten</b>	Ihre personenbezogenen Daten werden an den Auftraggeber des Gutachtens weitergegeben oder an den Probanden selbst ausgehändigt.
<b>6. Übermittlung von personenbezogenen Daten an ein Drittland</b>	Es ist nicht geplant, Ihre personenbezogenen Daten an Drittländer (Länder außerhalb der Europäischen Union bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums) zu übermitteln.
<b>7. Dauer der Speicherung der personenbezogenen Daten</b>	Ihre Daten werden nach der Erhebung beim Landratsamt Schweinfurt/Gesundheitsamt so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gemäß Einheitsaktenplan (EAPL) erforderlich ist. (bei amtsärztlichen Zeugnissen 30 Jahre)

<p><b>8. Betroffenenrechte</b></p>	<p>Nach der Datenschutz-Grundverordnung stehen Ihnen folgende Rechte zu:  Werden Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet, so haben Sie das Recht Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten (Art. 15 DSGVO).  Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 DSGVO).  Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so können Sie die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen (Art. 17, 18 und 21 DSGVO).  Wenn Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben oder ein Vertrag zur Datenverarbeitung besteht und die Datenverarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren durchgeführt wird, steht Ihnen gegebenenfalls ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu (Art. 20 DSGVO).  Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft die öffentliche Stelle, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.  Weiterhin besteht ein Beschwerderecht beim Bayerischen Landesbeauftragten für den Datenschutz.</p>
<p><b>9. Widerrufsrecht bei Einwilligung</b></p>	<p>Wenn Sie in die Verarbeitung durch das Landratsamt Schweinfurt durch eine entsprechende Erklärung eingewilligt haben, können Sie die Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen.</p>
<p><b>10. Pflicht zur Bereitstellung der Daten</b></p>	<p>Um ein amtsärztliches Zeugnis erstellen zu können, sind Ihre Datenangaben zwingend erforderlich.  Verweigern Sie die erforderliche Datenangabe, so kann kein amtsärztliches Zeugnis erstellt werden.</p>
<p><b>11. Informationspflicht für den Fall einer späteren Zweckänderung</b></p>	<p>Eine Zweckänderung ist nicht vorgesehen.</p>