

Herzlich Willkommen!

Wir freuen uns, Sie in unserer Wahlarztpraxis begrüßen zu dürfen.

Als Facharzt für Innere Medizin besitze ich langjährige Erfahrung und kann Ihnen daher ein sehr breites Behandlungsspektrum anbieten. Sowohl für allgemein internistische, gastroenterologische oder stoffwechselbedingte Fragestellungen nehme ich mir gerne und ausführlich Zeit, Sie zu beraten, Ihre Beschwerden diagnostisch abzuklären und gemeinsam die weitere Therapie zu planen und zu begleiten.

Vorteile eines Wahlarztes

- rasche Terminvergabe
- entspannte Atmosphäre mit ausreichend Zeit und Einfühlungsvermögen für Ihre Anliegen
- Individuelle Betreuung und Therapieüberwachung

System eines Wahlarztes und Kostenrückerstattung

- Alle Leistungen werden auf Honorararztbasis verrechnet, d.h. Sie bekommen eine Rechnung, die Sie bitte begleichen. **Nach Zahlungseingang auf unserem Konto reichen wir diese bei Ihrer Krankenkasse zur Kostenrückerstattung ein.**
- Nur für die Vorsorgekoloskopie ab dem. 45.Lebensjahr haben wir einen Vertrag mit allen Krankenkassen und rechnen direkt mit diesen ab.
- Für die KfA sind wir Vertragsarzt.

Einverständniserklärung

zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

gemäß §73 Abs. 1 b SGB V

Ich,, geb. am

erkläre mich einverstanden, dass

1. mein behandelnder Arzt Dr. Jürgen Höfler meine Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt, andere behandelnde Ärzte oder an das Krankenhaus übermitteln darf.
2. mein behandelnder Arzt Dr. Jürgen Höfler bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Spitälern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erheben darf, um sie für die zu erbringenden ärztlichen Leistungen zu verwenden.

• **Befund/Rechnungsübermittlung erwünscht an:**

- ☐ Patient ☐ per Mail („Mediprime“)
- ☐ per Post

☐ Hausarzt

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

.....

Datum und Unterschrift des Patienten (bzw. gesetzlichen Vertreters)

Anamneseblatt



Nachname: Vorname:

Geburtsdatum: Vers. Nummer: Krankenkasse:

Straße: PLZ/Ort:

Tel.Nr.:

E-Mail:@.....

Zusatzversicherung: o Wahlarzt o Krankenhaus o keine

Nur bei Mitversicherten ausfüllen:

Name Hauptversicherter:

Adresse Hauptversicherter:

Vers. Nummer: Geburtsdatum: Krankenkasse:

Beruf:

Hausarzt:

Tel.Nr. Kontaktperson im Notfall:

Aktuelle Beschwerden (wo, wie, seit wann, ständig oder wiederkehrend, erstmalig?)

Jahr	Frühere Krankheiten und Operationen

Medikament	morgens	mittags	abends	Bei Bedarf

Erkrankungen von Eltern, Geschwistern (Krebs, Bluthochdruck, Herzinfarkt / Bypass, Schlaganfall, Diabetes, sonstiges)	

Rauchen Sie? ☐ JaZigaretten seit Jahren ☐ Gelegentlich ☐ Nein ☐ Extraucher

Alkohol? ☐ täglich, Art und Menge..... ☐ Gelegentlich ☐ Nein

Allergien? ☐ Nein ☐ Ja, welche:.....

Größe: _____cm **Gewicht:** _____kg

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Daten:

Datum:..... Unterschrift:.....