

Dirk Hohenleitner

Facharzt für Innere Medizin, hausärztliche Versorgung
Wasserburgerstr. 15, 83119 Obing
Telefon 08624-2002, Fax 08624-829877
team@praxis-hohenleitner.de
www.praxis-hohenleitner.com



Obing, den _____

Schweigepflichtentbindung zur Befundanforderung

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit entbinde ich, _____, geb. _____,
die Praxis

Praxisname des vorangegangenen Hausarztes

Strasse, Hausnr.

PLZ Ort

gegenüber der

**Praxis Dirk Hohenleitner
Wasserburger Str. 15
83119 Obing**

von der ärztlichen Schweigepflicht und bitte um Übermittlung wichtiger medizinischer Unterlagen und Berichte.

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter)

Sprechzeiten:

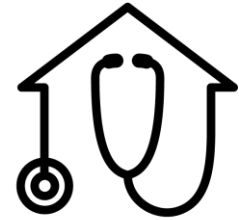
Montag	08.00-12.00 und 14.30-16.00
Dienstag	08.00-12.00 und 17.00-19.00
Mittwoch	08.00-12.00
Donnerstag	08.00-12.00 nur nach Vereinbarung
Freitag	08.00-12.00 und 16.00-18.00

Bankverbindung:

Dirk Hohenleitner
Raiffeisenbank Obing
BIC: GENODEF1SBC
IBAN: DE32701691650001822098

Dirk Hohenleitner

Facharzt für Innere Medizin, hausärztliche Versorgung
Wasserburgerstr. 15, 83119 Obing
Telefon 08624-2002, Fax 08624-829877
team@praxis-hohenleitner.de
www.praxis-hohenleitner.com



Bitte vor der Behandlung ausfüllen und an der Anmeldung abgeben, vielen Dank!

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Straße / Hausnr.: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ Handy : _____

E-Mail: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Krankenkasse: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Straße / PLZ / Ort: _____

Welcher Hausarzt hat Sie zuletzt betreut ?

Name, Anschrift: _____

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitte ich um folgende Angaben:

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

wenn ja, seit wann? Nähere Angaben

Bluthochdruck JA NEIN _____

Herzkrankgefäße, Herzinfarkt JA NEIN _____

Herzerkrankungen JA NEIN _____

Sprechzeiten:

Montag 08.00-12.00 und 14.30-16.00
Dienstag 08.00-12.00 und 17.00-19.00
Mittwoch 08.00-12.00
Donnerstag 08.00-12.00 nur nach Vereinbarung
Freitag 08.00-12.00 und 16.00-18.00

Bankverbindung:

Dirk Hohenleitner
Raiffeisenbank Obing
BIC: GENODEF1SBC
IBAN: DE32701691650001822098

Dirk Hohenleitner

Facharzt für Innere Medizin, hausärztliche Versorgung
Wasserburgerstr. 15, 83119 Obing
Telefon 08624-2002, Fax 08624-829877
team@praxis-hohenleitner.de
www.praxis-hohenleitner.com



Schlaganfall	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	_____
Durchblutungsstörungen der Beine	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	_____
Zuckerkrankheit / Diabetes	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	_____
Fettstoffwechselstörung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	_____
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	_____
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	_____
Chronische Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	_____
Blutungsneigung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	_____
Lungenerkrankung (Asthma, COPD)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	_____
Thrombose oder Lungenembolie	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	_____
Augenerkrankungen	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	_____
Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	_____
Krampfleiden	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	_____
Neurologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	_____
Operationen / Unfälle	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	_____
COVID-Infektion	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	_____
Sonstiges	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	_____
Rauchen Sie ?	<input type="checkbox"/> JA	seit wann ? _____	
	wie viel?	_____ / täglich	
<input type="checkbox"/> Nie geraucht	<input type="checkbox"/> Nichtraucher seit _____		
Konsumieren Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Wenn ja, wie viel?	_____		

Sprechzeiten:

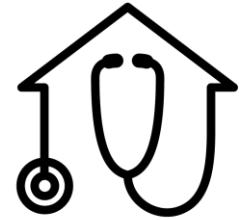
Montag 08.00-12.00 und 14.30-16.00
Dienstag 08.00-12.00 und 17.00-19.00
Mittwoch 08.00-12.00
Donnerstag 08.00-12.00 nur nach Vereinbarung
Freitag 08.00-12.00 und 16.00-18.00

Bankverbindung:

Dirk Hohenleitner
Raiffeisenbank Obing
BIC: GENODEF1SBC
IBAN: DE32701691650001822098

Dirk Hohenleitner

Facharzt für Innere Medizin, hausärztliche Versorgung
Wasserburgerstr. 15, 83119 Obing
Telefon 08624-2002, Fax 08624-829877
team@praxis-hohenleitner.de
www.praxis-hohenleitner.com



Haben Sie Allergien? JA NEIN

Wenn ja, welche? _____

Allergien / Unverträglichkeit von Medikamenten? JA NEIN

Wenn ja, welche?

Sind Sie gegen Corona geimpft? JA, grundimmunisiert JA, geboostert
 JA, genesen und geboostert NEIN

Haben Sie in den letzten 6 Monaten stark zu- oder abgenommen? ZU AB NEIN

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? JA NEIN

Wenn ja, welche? (sollte der Platz nicht ausreichen, fragen Sie uns nach einem Zusatzblatt)

_____ Dosis _____

_____ Dosis _____

_____ Dosis _____

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

Herzkatheter JA NEIN wann? _____

Darmspiegelung JA NEIN wann? _____

Gesundheitscheck JA NEIN wann? _____

Bitte bringen Sie beim nächsten Besuch Ihren Impfausweis mit!

Gibt es etwas, das Sie uns hier noch mitteilen möchten?

Datum, Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

Sprechzeiten:

Montag 08.00-12.00 und 14.30-16.00
Dienstag 08.00-12.00 und 17.00-19.00
Mittwoch 08.00-12.00
Donnerstag 08.00-12.00 nur nach Vereinbarung
Freitag 08.00-12.00 und 16.00-18.00

Bankverbindung:

Dirk Hohenleitner
Raiffeisenbank Obing
BIC: GENODEF1SBC
IBAN: DE32701691650001822098

Dirk Hohenleitner

Facharzt für Innere Medizin, hausärztliche Versorgung
Wasserburgerstr. 15, 83119 Obing
Telefon 08624-2002, Fax 08624-829877
team@praxis-hohenleitner.de
www.praxis-hohenleitner.com



Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich,

Vorname, Name geb. am Anschrift

erkläre mich einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt meine persönlichen Daten, Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führenden Dokumentationen speichert
- mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermittelt.
- der mich behandelnde Arzt bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

Mein Hausarzt ist:

Dirk Hohenleitner
Facharzt für Innere Medizin
Hausärztliche Versorgung
Wasserburger Str. 15
83119 Obing
Tel. 08624/2002
Fax. 08624/829877

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

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.

Sprechzeiten:

Montag 08.00-12.00 und 14.30-16.00
Dienstag 08.00-12.00 und 17.00-19.00
Mittwoch 08.00-12.00
Donnerstag 08.00-12.00 nur nach Vereinbarung
Freitag 08.00-12.00 und 16.00-18.00

Bankverbindung:

Dirk Hohenleitner
Raiffeisenbank Obing
BIC: GENODEF1SBC
IBAN: DE32701691650001822098