



Dr. Ulrich Konter
Dr. Imke Konter
Dr. Dr. Stefan Kanehl

Praxis für Mund- Kiefer-
und Gesichtschirurgie

**Liebe Patientin, lieber Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis!**

Bevor wir mit Ihrer Beratung oder Behandlung beginnen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Dr. Ulrich Konter, Dr. Imke Konter und Dr. Dr. Stefan Kanehl

Name	
Vorname	geb.
Mitglied (z.B. Eltern)	
Straße	Nr.
PLZ	Ort
Telefon - mobil	
Telefon - privat	geschäftlich
E-Mail Adresse	
Beruf	
Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat
Name d. Versicherung	
Beihilfe	<input type="checkbox"/> ja _____ % <input type="checkbox"/> nein
private Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> ja seit wann? _____ <input type="checkbox"/> nein
Name d. Zusatzversicherung	
Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?	

bitte wenden...

Ihr Zahnarzt

Regelmäßige Medikamente

Rauchgewohnheiten Nichtraucher < 10 Zigaretten/Tag > 10 Zigaretten/Tag

Allergien

Herzerkrankungen

Schwangerschaft ja, vorauss. Geburtstermin _____ nein

Sonstiges

gerinnungshemmende
Medikamente Marcumar Aspirin (ASS) Iscover / Plavix nein

Blutdruck normal niedrig hoch ca. _____

Stoffwechselerkrankungen:

Zuckerkrankheit/Diabetes ja nein

Schilddrüse ja nein

Knochen ja nein

Magen/Darmerkrankungen nein

Infektionserkrankungen:

Hepatitis/Gelbsucht A B C nein

AIDS/HIV ja nein

Ihr Zahnarzt darf Unterlagen per e-mail erhalten ja nein

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der obigen Angaben und nehme zur Kenntnis, dass ich für die folgende Beratung/Behandlung eine Privatrechnung erhalten werde, da in dieser Praxis nicht die Möglichkeit einer kassenärztlichen/-zahnärztlichen Abrechnung besteht. Reservierte und nicht rechtzeitig abgesagte Termine (mind. 24 h vor Behandlungsbeginn) werden mir in Rechnung gestellt.

Datum

Unterschrift