



**Dr. Reinhard Seitz und Kollegen,  
Zahnärzte, Brettreichstr. 5, 97074 Würzburg**

# Anmeldung

## Patient

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

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Tel. privat: geschäftl.: Handy:

Krankenkasse:

freiwillig versichert  Zahn-Zusatzversichert  
 pflichtversichert

Sind Sie in ärztl. Behandlung? Name des beh. Arztes \_\_\_\_\_ Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

**1. Liegen oder lagen Erkrankungen vor, an**

- |                             |      |        |
|-----------------------------|------|--------|
| a) Herz                     | O ja | O nein |
| b) Bluthochdruck            | O ja | O nein |
| c) Blutgerinnung            | O ja | O nein |
| d) Lunge ( Asthma u.a. )    | O ja | O nein |
| e) Leber ( Gelbsucht u.a. ) | O ja | O nein |
| f) Niere                    | O ja | O nein |

Welche Medikamente nehmen Sie? \_\_\_\_\_

## 2. Leiden Sie an

2. Erden Sie an:

  - a) Diabetes (Zucker)  ja  nein
  - b) Allergien  ja  nein Wenn ja welche? \_\_\_\_\_
  - c) Rheumatische Erkrankungen  ja  nein
  - d) Infektionskrankheiten  
(Tbc, Aids, Hepatitis u.a.)  ja  nein Wenn ja welche? \_\_\_\_\_
  - e) Medikamentenunverträglichkeit  ja  nein Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

3. Hatten Sie Reaktionen nach zahnärztl. Spritzen O ja O nein

4. Besteht eine Schwangerschaft?  ja  Monat ?  nein

## 5. Empfohlen/überwiesen durch:

**Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit!**

Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Ort, Datum

## Unterschrift