



## Anmelde – Bogen

(zum Ausdrucken und Mitbringen)

Lieber Patient,  
herzlich willkommen in unserer Praxis.

Wir bitten Sie um folgende Angaben:

Birkenstraße 3 · 97232 Giebelstadt

Telefon 0 93 34 / 14 14

Fax 0 93 34 / 13 23

Franz-Ludwig-Straße 9a · 97072 Würzburg

Telefon 09 31 / 8 53 53

Am Eichenpfad 43 · 97253 Gaukönigshofen

Telefon 0 93 37 / 98 96 77

Internet <http://www.zahnzukunft.de>

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

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

Mitglied: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
Festnetz Mobil Geschäftlich

Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

[bitte ankreuzen]

Ja Nein

Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung?  
Wenn ja, an welcher? \_\_\_\_\_  
[ ] [ ]

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
[ ] [ ]

Leiden Sie an Allergien ?  
Wenn ja, an welchen? \_\_\_\_\_  
[ ] [ ]

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Von wem wurden Sie empfohlen? \_\_\_\_\_

[ ] Kontrolluntersuchung

[ ] Zahnschmerzen

Möchten Sie an Ihre Vorsorgetermine erinnert werden?

[ ] Nein

[ ] ja, halbjährlich

[ ] jährlich

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift