



Dermatologie Hübscher

## Bitte geben Sie ihre **KRANKENKASSENKARTE** am Empfang ab

### **PERSONALIEN:**

Name..... Vorname.....

Name des Vaters/der Mutter (bei Kindern):.....

Geburtsdatum..... Zivilstand.....

Adresse (Strasse).....

PLZ, Wohnort.....

Telefon Privat..... Telefon Geschäft.....

Natel Nr.....

Arbeitgeber..... Beruf.....

Zuweisender Arzt..... Hausarzt.....

Leiden Sie unter Allergien /Unverträglichkeiten? **Ja**  **Nein**

Wenn ja welche? .....

Sind Sie Diabetiker? **Ja**  **Nein**  Haben Sie Asthma? **Ja**  **Nein**

Haben Sie Herz-Kreislauf Erkrankungen? **Ja**  **Nein**

Wenn ja, welche? .....

Nehmen Sie regelmässig Medikamente? **Ja**  **Nein**

Wenn ja, welche? Selbstmedikation (Pille)? .....

**Datum:**.....

**Unterschrift:**.....

Im Verhinderungsfalle bitte 24 h vorher benachrichtigen. Bei Nichterscheinen erheben wir eine Rechnung von **Fr. 50.-** Bei ästhetischen Leistungen wird **die Hälfte der Behandlungskosten** verrechnet.

Interessieren Sie sich für: *Laserepilation / Haarentfernung?* **Ja**  **Nein**

*Botox ?* **Ja**  **Nein**

*Peeling ?* **Ja**  **Nein**