



Dermatologie Hübscher

**VEUILLEZ PRESENTER LA CARTE DE VOTRE  
CAISSE-MALADIE  
A LA RECEPTION**

**COORDONNEES :**

Nom..... Prénom.....

Nom et prénom du père et de la mère (enfant) : .....

Date de naissance..... Etat civil.....

Adresse, Rue..... Localité.....

Tél. privé..... Tél. prof.....

**Tél. mobil..... e-mail.....**  
**Nécessaire afin de pouvoir vous envoyer une copie de la facture**

Profession..... Employeur.....

Envoyé par qui?..... Médecin de famille.....

Souffrez-vous d'allergies? **Oui Non**  
Si oui lesquelles?.....

Etes-vous diabétique? **Oui Non** Asthme? **Oui Non**

Avez-vous déjà souffert de troubles cardiaques/circulatoires? **Oui Non**  
Si oui lesquels ? .....

Prenez-vous actuellement des médicaments même en automédication? (pilule ?)  
Si oui lesquels ?..... **Oui Non**

Souffrez- vous d'autres maladies? **Oui Non**  
Si oui lesquelles?.....

**Information**

La facture sera envoyée directement à votre caisse-maladie via Swisscom Health AG

**Date :** .....

**Signature :** .....

En cas d'absence veuillez nous contacter 24heures à l'avance. Tout rendez-vous manqué sera facturé **Frs.50.-.**  
Pour les traitements esthétiques **la moitié du prix** de la séance sera facturé.

---

<u>Etes vous intéressé par :</u>	<i>L'épilation au laser ?</i>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
	<i>Le Botox ?</i>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
	<i>Le Peeling ?</i>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>