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.....

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 ?)
Oui ☐ **Non** ☐
Si oui lesquels ?.....

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.

Etes vous intéressé par : *L'épilation au laser* ? **Oui** ☐ **Non** ☐
Le Botox ? **Oui** ☐ **Non** ☐
Le Peeling ? **Oui** ☐ **Non** ☐