Andebu Fysio-
og Manuellterapi

REGISTRERINGSSKJEMA

Etternavn:

Fornavn:

Fødselsdato:

Adresse:

Postnr:

Sted/by:

Tlf/mobil:

Yrke:

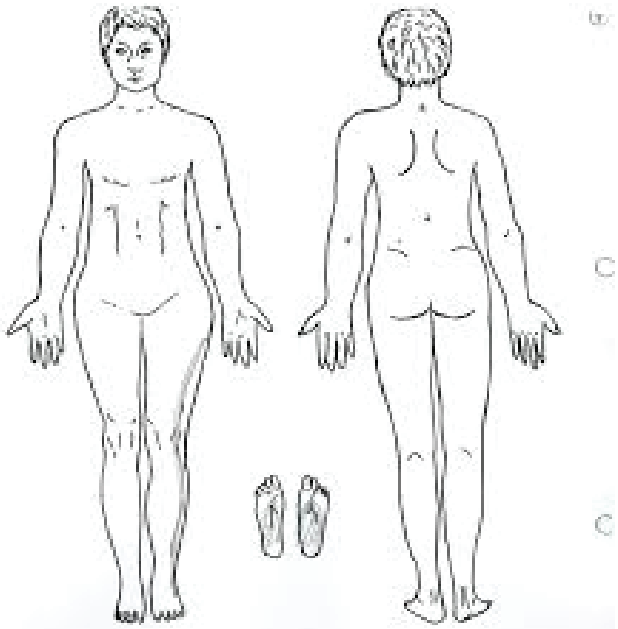
Fastlege:

Andre kjente sykdommer:

Medisiner:

Hvor lenge har du hatt de nåværende plagene?

Vennligst skraver område(r) du opplever plage fra



Har du tidligere mottatt behandling for disse plagene?

Hvis JA, hva slags type behandling? Hva var effekten?

Hva er dine forventninger til undersøkelse/behandling her?

Avbestilling av time må skje arbeidsdagen før innen kl.15.00, hvis ikke må timen betales i sin helhet.
Jeg har lest og er innforstått med informasjonen i "informasjonsskriv til nye pasienter".

....

Dato: Underskrift: