

Dr. Michael Hundertmark / Daniel Moinzadeh

Hasta Kayıt

HASTA

Soyadı _____ İsim _____ Doğum Tarihi _____

ADRES

Sokak _____ Posta Kodu / Şehir _____ Telefon _____

MESLEK

_____ **AILE DOKTORU** _____

SIGORTA

yasal özel Diş Sigortası

BU BİLGİLERE İHTİYACIGİMİZ VAR:

EVET

HAYIR

Kalp / dolaşım sorunları

Diyabet

Alerjiler

Eğer öyleyse hangileri: _____

Bulaşıcı hastalıklar (Hepatit A / B / C / HIV / Diğer)

Kanama

Epilepsi

Hipertansiyon

Bayılma Eğilimi

Romatizma

Karaciğer Hastalığı

Tiroid Hastalığı

Hamilelik

Sigara İçme

İlaç almak:

Eğer öyleyse , hangileri: _____

ZİYARETİNİZ İÇİN NEDENİ / A İSTİŞARE TALEBİ VAR (örneğin, mesleki diş temizleme, diş beyazlatma , ağız cerrahisi , genel anestezi altında tedavi)

Tarih: _____

İmza: _____