

Er du	Ja	Nej
Gift/samboende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Navn _____		
Har du børn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Navn og alder på børn:		

Arbejdsulykke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du/din arbejdsgiver en sundhedsforsikring (forsikringen dækker almindeligvis behandlingen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vi udsender jævnligt et nyhedsbrev, ønsker du at modtage dette?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-mail adresse:		

Dato

Har du hørt om klinikken fra	
En anden patient	<input type="checkbox"/>
Læge	<input type="checkbox"/>
Telefonbog	<input type="checkbox"/>
Forsikringselskab	<input type="checkbox"/>
Andet, hvad? _____	
Internet via:	
Google	<input type="checkbox"/>
Eniro	<input type="checkbox"/>
Krak	<input type="checkbox"/>
De gule sider	<input type="checkbox"/>
Andet, hvor? _____	

Ønsker du at modtage en sms- "husker" 24 timer før din aftalte mødetid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilnr.:		

Underskrift

Hvis du får taget røntgenbillede, skal beskrivelsen sendes til din læge.
Med din underskrift tilkendegiver du, at det er med din accept.

Dato	Underskrift
-------------	--------------------