



Name: _____ Datum: _____

Wie sind Sie auf unsere Ordination aufmerksam geworden?

- Internet
- Medien: TV, Zeitung
- Zuweisender Arzt
- Empfehlung durch Bekannte, Verwandte.....
- Sonstiges: _____

Planen Sie die Behandlungskosten bei Ihrer Zusatzversicherung einzureichen?

- Ja**
- Nein**

Leiden Sie unter Platzangst / Klaustrophobie ?

- Ja**
- Nein**

Alter

Gewicht

Größe
