

DATAOPLYSNINGER

Dato: _____

KVINDEN:

Navn: _____

Cpr.nr./fødselsnr.: _____

Adresse: _____

By/postnr.: _____

Tlf. hjemme: _____

Mobil: _____

Tlf. arbejde: _____

Profession: _____

E-mail: _____ **hvortil faktura sendes.**

Hvis der anvendes hotmail, er det patientens eget ansvar at tjekke spamfilteret. Vi oplever ofte at vores mails ender deri.

Højde: _____ cm

Vægt: _____ kg

Ryger: _____ pr. dag

Alkohol: _____ genstande pr. uge

Allergi: _____

Daglig medicin: _____

Cykluslængde: _____

Du kan læse om vores privatlivspolitik på vores hjemmeside www.maigaard.dk