

Stempel terapeut:

Behandling:

Etternavn:

Navn:

Adresse:

e-post:

Fastlege:

Fødsels - og personnr:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tlf dagtid:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Mobil:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Postnummer:

By:

Medisiner: Nei Ja Hvilke?:

1.

2.

3.

Andre sykdomer: Nei Ja Hvilke?:

1.

2.

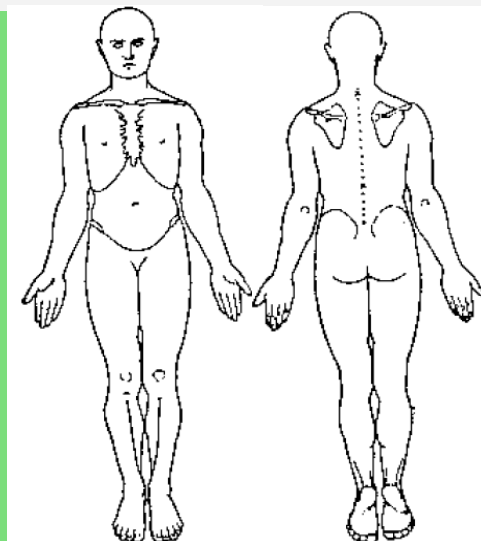
3.

Hvor lenge har du hatt smerter?

Hvor har du smerter:

Forventninger til behandling?

Har du hatt behandling av plagene tidligere? Hvis Ja, av hvem og hva var utfallet av behandlingen?



**Avbestilling må skje 24 timer i forveien, hvis ikke må timen betales i sin helhet.
Jeg har lest informasjonen over og samtykker til vilkårene for behandling.**

.....
Dato

.....
Underskrift