

Witamy w Dazzling Dentistry, Inc.

Gabinet Dr. Margaret Radziszewski

Dopelnimy wszelkich staran aby zapewnic Panstwu najlepsza mozliwa opieke dentystyczna.
Abysmy mogli sprostac Panstwa potrzebom prosimy o dokladne wypelnienie tego formularza

❶ DANE DOTYCZACE PACJENTA (POUFNE)

Nazwisko i Imie: _____

Adres: _____

Miasto: _____ Stan: _____ Kod: _____

Tel. Domowy: _____ Tel. Do Pracy _____ Tel. Komorkowy _____

(PROSIMY O CONAJMNIJ 2 NUMERY TEL.)

Data Urodzenia: MM/DD/RR _____ Soc. Sec.# _____

e-mail _____

Plec: Zenska Meska Zaznacz odpowiednie: Dziecko Wolny Zonaty Wdowiec

Komu mozemy podziekowac za referencje? _____

Czy ta osoba jest aktualnie pacjentem naszego gabinetu? Tak Nie

Czy masz ubezpieczenie dentystyczne? TAK NIE Jezeli TAK - podaj swoja karte recepcjonistce.

Kontakt w Razie Naglej Potrzeby: (Imie i Telefon) _____

Nazwa Szkoły w Przypadku Studenta: _____

CZY KIEDYKOLWIEK MYSLELI PANSTWO O WYBIELENIU SWOICH ZEBOW Tak Nie

❷ OSOBA ODPOWIEDZIALNA ZA RACHUNEK

Jezeli ta sama co powyzej , przejdz do sekcji 3

Nazwisko i Imie Osoby Odpowiedzialnej za Rachunek: _____

Pokrewienstwo Do Pacjenta _____ Data Urodzenia: MM/DD/RR _____

Adres: _____ Tel. Domowy: _____

Miasto: _____ Stan: _____ Kod: _____

Soc. Sec.# : _____ Prawo jazdy # : _____

❸ INFORMACJE O ZATRUDNIENIU

Pracodawca: _____

Adres Sluzbowy: _____

Miasto: _____ Stan: _____ Kod: _____

Tel. Do Pracy: _____ wew. _____

❹ ZNAJOMY LUB KREWNY NIE MIESZKAJACY RAZEM

Nazwisko i Imie: _____ Telefon: _____

Adres: _____ Stan: _____

Kod: _____