

Naam :

Geboortedatum :

Geachte heer/mevrouw

De Haarkliniek besteedt veel aandacht aan patiënten en diens verwachtingen. Wij zijn trots op de hoge patiënttevredenheid van 8,3 op schaal van 1 tot 10 (2015). Om ook u zo goed mogelijk van dienst te kunnen zijn, verzoeken wij u de volgende vragen aandachtig door te nemen en in te vullen voorafgaand aan uw bezoek aan onze kliniek.

- **Wat is uw specifieke klacht ?:** (Bijvoorbeeld uitdunnend haar, haaruitval, kale plekjes , futloos haar , etc)

.....
.....
.....
.....

- **Gebruikt u medicijnen? Zo ja welke?** (Bij medicijngebruik schrijf de volledige naam op van het medicijn).

.....
.....
.....
.....

- **Wat verwacht u wat wij voor u kunnen betekenen?** (Bijvoorbeeld minder haaruitval, stimulering nieuwe haargroei).

.....
.....
.....
.....

- **Aanvullende informatie:**
-
.....

Gegevens Huisarts

Huisarts :

Adres Postcode :

Woonplaats :

Telefoon nummer : e-mail :

Gelieve dit formulier ingevuld zsm retour per email of meenemen bij uw eerste bezoek

Bedankt voor uw medewerking,