

BEAUTESANTE - VRAELYS

NAAM EN VAN: _____

BEROEPSRIGTING: _____

GEBOORTEDATUM: __/__/____ GESLAG: M/V

SIEKTES: _____

VELKWALE: _____

ONLANGSE OPERASIES: _____

HUIDIGE MEDIKASIE: _____

ALLERGIEë: _____

DIEET VOORKEUR: _____

ROKER: JA/ NEE ALKOHOLGEBRUIKER : JA / NEE

WAT VERWAG U VAN DIE WEGBREEK: _____