



# Chestionar Medical

Nume

*Scrieti numele dumneavoastra, cu litere mari.*

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

Prenume

*Scrieti prenumele dumneavoastra, cu litere mari.*

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

Data nasterii

*Scrieti data dumneavoastra de nastere, in formatul ZZ-LL-AAAA.*

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

Sunteti client nou?

*Daca ati mai fost client la noi, selectati "Nu".*

<input type="checkbox"/>	Da
<input type="checkbox"/>	Nu

Tratamente curente

*Listati toate tratamentele pe care le urmariti in prezent.*


