

Teresa Berting LLC
 9600 Colerain Ave Suite 410
 Cincinnati OH 452512016
 5132568331

PRIMARY CLIENT INFORMATION Notes

Name : <input type="text" value="First Name *"/>	Middle Name <input type="text"/>	Last Name * <input type="text"/>
Nick name : <input type="text"/>	Gender : <input type="text" value="Select"/>	Date of birth : <input type="text"/> *
Address : <input type="text"/>	City : <input type="text"/> State : <input type="text" value="Select"/> Zip : <input type="text"/>	Country : <input type="text" value="US"/> County : <input type="text"/>
Email : <input type="text"/>	Home Phone : <input type="text"/>	Cell : <input type="text"/>

[Click here to enter Additional Client Info](#)

[Click here to enter Partner Information](#)

PRIMARY INSURED Same as client Insurance Self Pay EAP Third Party

Name : <input type="text" value="First Name"/>	Middle Name <input type="text"/>	Last Name <input type="text"/>
Nick Name : <input type="text"/>	Gender : <input type="text" value="Select"/>	Date Of Birth : <input type="text"/>
Address : <input type="text"/>	City : <input type="text"/> State : <input type="text" value="Select"/>	Zip : <input type="text"/> Country : <input type="text" value="US"/>
Occupation : <input type="text"/>	May we call at work? <input type="radio"/> Yes <input checked="" type="radio"/> No	Work Hours : <input type="text"/> Copay : <input type="text"/>

Primary Insurance Information

CarrierName : <input type="text" value="Select"/>	Other : <input type="text"/>	Group # : <input type="text"/>
Address : <input type="text"/>	City : <input type="text"/>	Policy # : <input type="text"/>
State : <input type="text" value="Select"/>	Zip : <input type="text"/>	Member/Subscriber # : <input type="text"/>
Country : <input type="text" value="US"/>	Phone : <input type="text"/>	Relationship : <input type="text" value="Select"/>

Save