



CLINIQUE CHIROPRACTIQUE
DES PONTS

Dr Éric Bouchard, chiropraticien, D.C.

Vous serez vu par : Dr Éric Bouchard, chiropraticien, D.C.

No. Dossier : _____ Date : _____

Prénom : _____ Nom : _____

Sexe : Homme Femme Date de naissance : _____ (jour / mois / année)

Taille : _____ Poids : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Autre téléphone : _____

Profession : _____ Courriel : _____

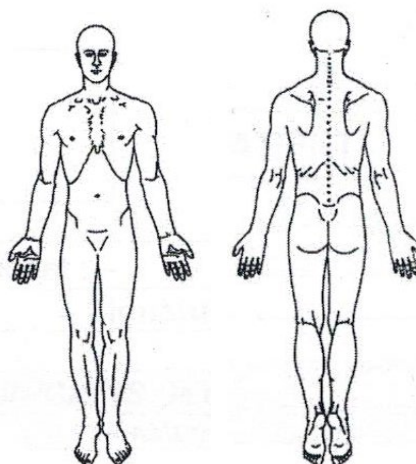
Personne à contacter en cas d'urgence : _____

Où avez-vous entendu parler de la clinique :

- Site internet
- Pages Jaunes Internet
- Référé par un autre patient
- Référé par un professionnel de la santé
- En passant devant

Motif de la consultation (SVP se limiter à 2 motifs de consultation maximum, sinon un deuxième rendez-vous d'examen sera nécessaire) :

SVP cochez les régions douloureuses :



Avez-vous ou avez-vous déjà eu l'une des problématiques suivantes (cochez) :

	Oui	Si oui, précisez
Cancer	<input type="checkbox"/> oui	
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/> oui	
Trouble cardiaque	<input type="checkbox"/> oui	
Problème sanguin (anémie, coagulation)	<input type="checkbox"/> oui	
Diabète	<input type="checkbox"/> oui	
Troubles hépatiques (foie)	<input type="checkbox"/> oui	
Troubles pulmonaires/asthme	<input type="checkbox"/> oui	
Troubles digestifs	<input type="checkbox"/> oui	
Troubles rénaux/urinaires	<input type="checkbox"/> oui	
Troubles endocriniens (glandes/hormones)	<input type="checkbox"/> oui	
Présence de prothèses articulaires	<input type="checkbox"/> oui	
Fracture	<input type="checkbox"/> oui	
Dislocation	<input type="checkbox"/> oui	
Entorse	<input type="checkbox"/> oui	
Tendinite	<input type="checkbox"/> oui	
Arthrose/arthritis	<input type="checkbox"/> oui	
Problème de peau (psoriasis, eczéma, etc.)	<input type="checkbox"/> oui	
Commotion cérébrale	<input type="checkbox"/> oui	
Chute importante	<input type="checkbox"/> oui	
Troubles nerveux (dépression, etc.)	<input type="checkbox"/> oui	
Accident de la route	<input type="checkbox"/> oui	
VIH / SIDA	<input type="checkbox"/> oui	
Hépatite	<input type="checkbox"/> oui	

Allergies connues : _____

Liste des médicaments ou produits naturels pris sur une base régulière :

Nom et prénom de votre **médecin de famille** : _____

Femme :



Est-ce que vous êtes enceinte ? oui non

Est-ce que vous allaitez? oui non

Votre nom complet : _____

Courriel :

Autorisez-vous la clinique à communiquer avec vous par courriel dans l'objectif de confirmer vos rendez-vous/remise de reçus? A noter qu'aucune publicité ne sera envoyée. oui non

Assureurs :

Acceptez-vous que nous répondions aux demandes de votre assureur, d'Anciens Combattants Canada, de l'IVAC, de la CSST ou de la SAAQ à propos des dates de vos traitements et de montants payés lors de ces traitements? oui non

AUTORISATION : Afin d'apposer votre signature, vous pouvez taper votre nom complet**Examen :**

J'autorise par la présente le chiropraticien à effectuer les examens qu'il jugera nécessaires à l'ouverture de mon dossier. Il est possible que certains patients ressentent des courbatures ou une légère aggravation des symptômes suite à l'examen. Ces symptômes sont généralement de courte durée.

Signature du patient (ou du tuteur si moins de 14 ans) : _____

Changement de santé au courant de vos traitements :

Il est de votre responsabilité d'informer votre chiropraticien pour tout changement de votre état de santé (grossesse, allaitement, maladie, allergie, médicament, etc.) survenant au cours de vos traitements.

Signature du patient (ou du tuteur si moins de 14 ans) : _____

Non-affilié avec la RAMQ :

Les soins chiropratiques ne sont pas couverts par la RAMQ, mais par la plupart des régimes d'assurances privées. C'est la responsabilité du patient de vérifier s'il peut être remboursé par son assureur. Nous vous remettons un reçu à chaque visite. Chaque visite comporte des frais. La liste des tarifs est disponible en tout temps à la réception de la clinique. N'hésitez pas à la consulter.

Signature du patient (ou du tuteur si moins de 14 ans) : _____

Annulation / retard / absence

Pour **toute absence ou toute annulation** sans préavis de 24 heures, le patient s'expose à des frais de 20\$. Par soucis de respect pour les patients suivants, nous refusons tout patient ayant plus de **10 minutes de retard** à son rendez-vous.

Signature du patient (ou du tuteur si moins de 14 ans) : _____

Collaboration avec les autres professionnels de la santé (SIGNATURE NON OBLIGATOIRE)

J'autorise mon chiropraticien à transmettre des informations de mon dossier chiropratique à mon médecin ou à un autre professionnel de la santé en cas de référence médicale.

Signature du patient (ou du tuteur si moins de 14 ans) : _____

Votre nom complet : _____