

DOSSIER D'OUVERTURE

Les informations demandées ci-dessous nous aideront à vous traiter sans risque. Sentez-vous libre de nous poser des questions sur l'information demandée. Veuillez noter que toutes les informations fournies seront maintenues confidentielles à moins que permis ou requis par la loi. Votre permission écrite sera exigée pour libérer de l'information.

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance(J/M/A): ____/____/____
Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____
Tél. résidence : _____ Tél. cellulaire : _____
Tél. bureau : _____ Courriel : _____
De quelle façon est-ce préférable de vous rejoindre? Tél. résidence Cellulaire Tél. bureau Courriel
Texte
Autorisez-vous à communiquer avec vous par courriel? Oui Non
Autorisez-vous à laisser un message au numéro spécifié pour confirmer un rendez-vous? Oui Non
Autorisez-vous à laisser un texte au numéro spécifié pour confirmer un rendez-vous? Oui Non
Occupation: _____

Nom de votre médecin de famille : _____
Avez-vous déjà consulté un massothérapeute? Oui Non
Si oui, date du dernier traitement : _____
Voyez-vous d'autres professionnel de la santé Chiro Physio Naturopathe Ostéopathe
Autre _____
Énumérer les médicaments que vous prenez présentement (par prescription et non-prescription):

Comment avez-vous entendu parler de nous? _____
Quelle est la raison de votre visite?

Avez-vous déjà été dans un accident, reçu une chirurgie ou une maladie majeure? Si "oui", svp écrire les détails ci-dessous.

Personne à rejoindre en cas d'urgence :
Nom: _____ Prénom : _____ Téléphone : _____
Lien avec vous : _____

Avez-vous une assurance couvrant les services thérapeutiques : Oui Non
Nom de la compagnie : _____
Numéro de la Police : _____ Numéro d'identification : _____

SVP cocher les conditions que vous éprouvez actuellement et ceux que vous avez vécu dans le passé.

Présentement Passé

Abdominaux

- Hernie
- Colite
- Diverticulose
- Maladie du Crohn
- Gastrite
- Problèmes de vessie
- Augmentation d'urination
- Maladie des reins
- Autre:

Cardiovasculaire

- Anémie
- Anévrisme
- Caillot de sang
- Facile à recevoir des contusions
- Douleur à la poitrine
- Évanouissement, Vertige
- Conditions au cœur
- Attaque au cœur, Attaque cérébrale
- Hémophilie
- Hypotension, Hypertension
- Phlébite, Veines Variqueuses
- Pauvre circulation

Digestif

- Constipation (Chronique)
- Diarrhée (Chronique)
- Nausée (Chronique)
- Maladie du foie
- Diabète
- Ulcères

Tête et cou

- Maux de têtes (Chronique)
- Problèmes de visions
- Problèmes auditif
- Problèmes de mâchoire
- Conditions neurologiques

Femme

- Douleur menstruelle
- Ménopause
- Enceinte

Muscles et Articulations

- Arthrite
- Os cassés
- Problèmes de disque
- Dislocation commune
- Douleur, Rigidité, Enflure, Crampes
- Scoliose
- Entorse, foulure
- Tendinite
- Douleur ou problème de mâchoire

Respiratoire

- Allergies
- Asthme
- Bronchite
- Emphysème
- Brièveté de souffle
- Sinus, Rhume
- Fumeur (euse)

Conditions de la peau

- Facile à recevoir des contusions
- Maladie contagieuses
- Maladie infectieuse
- Plaies, blessures ouvertes
- Peau sensible

Autres

- ITS/SIDA
- Cancer
- Dépression, Anxiété
- Épilepsie
- Hépatite
- Problèmes hormonaux
- Hyper, hypothyroïdisme
- Insomnie (Chronique)
- Pins, Plates, Wires
- Prothèse
- Tumeurs

J'autorise par la présente la massothérapeute à effectuer les examens nécessaires à la première rencontre. 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, mais il est important de les mentionner à votre thérapeute lors de votre prochaine visite.

J'ai appris que la massothérapie est prévue pour maintenir et améliorer la santé générale en augmentant la circulation, aide à réduire le stress et favorise la relaxation. Afin de réduire au minimum tous les risques, j'ai fourni toutes mes informations médicales connues, et j'informerai la thérapeute de n'importe quelle nouvelle information médicale que j'acquiers aussi longtemps que je suis sous le traitement de massothérapie. Je reconnais que la thérapie manuelle n'est pas un remplacement pour un traitement médical et que la massothérapeute ne peut diagnostiquer ou prescrire aucune condition médicale.

Signature: _____ date: _____

CONFIDENTIALITÉ DU DOSSIER-PATIENT

Je soussigné(e), _____,
autorise le ou la praticien(ne) de la santé, à divulguer mes notes d'examens et de suivis ainsi que mes résultats radiologiques et/ou d'imageries spécialisées à tous autres professionnels de la clinique.

Signature: _____ date: _____

POLITIQUE D'ANNULATION DES RENDEZ-VOUS

Un avis de **24 heures** est exigé pour l'annulation ou le report d'un rendez-vous pour un traitement chiropratique ou pour un massage.

Des frais correspondants à **50% de la valeur du traitement** seront facturés lorsque ce délai n'est pas respecté.

Cette mesure se veut dissuasive et doit être appliquée afin de ne pas pénaliser un autre patient en attente de prise de rendez-vous. Nous serons compréhensifs lors de circonstances exceptionnelles comme lors de tempêtes de neige ou autres situations d'urgence.

Nous vous remercions de votre compréhension et de votre collaboration au bon fonctionnement de la clinique.

Signature: _____ date: _____