

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : (J/M/A) ____ / ____ / ____

Statut civil : Marié ☐ Conjoint de fait ☐ Célibataire ☐ Divorcé ☐ Veuf ☐ Autre ☐ Sexe : F ☐ M ☐

Adresse : _____ App. : ____ 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 ☐

Autorisez-vous la clinique à communiquer avec vous par courriel? Oui ☐ Non ☐

Autorisez-vous la clinique à laisser un message au numéro spécifié pour confirmer un rendez-vous? Oui ☐ Non ☐

Autorisez-vous que la clinique divulgue à votre assureur, à des fins de remboursement, des informations telles que la date et l'heure de vos traitements, durée de la rencontre, type d'acte professionnel reçu et professionnel consulté? Oui ☐ Non ☐

Occupation : _____ Présentement en arrêt de travail? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous des enfants? Oui ☐ Non ☐ Combien? _____

Référé par : Autre professionnel ☐ Nom : _____ Clinique : _____

Conjoint ☐ Ami ☐ Parent ☐ Collègue de travail ☐ Nom : _____

Publicité ☐ Site web ☐ Pages jaunes ☐ Facebook ☐ Google ☐ Autre ☐ : _____

Nom de votre médecin de famille : _____

Dernier rendez-vous : _____ Date du dernier examen médical : _____

Avez-vous déjà consulté un chiropraticien? Oui ☐ Non ☐

Qui? _____ Quand? _____

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, mais il est important de les mentionner au chiropraticien à votre prochaine visite.

Signature du patient ou de la personne responsable : _____

Date : _____