

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 : \_\_\_\_\_