

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

Statut civil : Marié Conjoint de fait Célibataire Divorcé Veuf Autre Sexe : _____

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

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

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? _____

Consultez-vous pour un problème relié à un accident de travail (CSST)? Oui Non

Consultez-vous pour un problème relié à un accident de voiture (SAAQ)? Oui Non

Nom de l'agent : _____ Numéro de dossier : _____

Avez-vous des soins payés par le programme des Anciens combattants ou de l'IVAC? Oui Non

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 des montants payés lors de ces traitements? Oui Non

Personne à rejoindre en cas d'urgence :

Nom : _____ Prénom : _____ Téléphone : _____

Lien avec vous : _____

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 : _____